

Trabajos Libres



Legislative nonsense: The case of palliative care regulation in Nayarit

Absurdos legislativos: El caso de la legislación nayarita en materia de voluntad anticipada

Héctor A. Mendoza C

Universidad Autónoma de Nuevo León, Pedro de Alba S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 66450
San Nicolás de Los Garza, NL. Miembro del Colegio de Bioética, A.C. E-mail: hector.mendoza@yahoo.com.mx

En este trabajo trataremos de demostrar la apremiante necesidad de la utilización de un lenguaje bioético apropiado que sirva de base para el lenguaje biojurídico. La intención es demostrar cómo el lenguaje utilizado en el discurso bioético, es clave al momento de trasladar dichas reflexiones al ámbito jurídico.

Ciertamente que la bioética es un tema apasionante, sin embargo vemos que en la actualidad casi cualquier persona se dice experta en el tema, y en muchas de estas ocasiones estas personas en realidad no hablan de ética, y mucho menos de bioética. Lo que sucede en múltiples casos, es que se pretende hacer pasar un discurso moral como un discurso bioético.

Respecto a los riesgos de juridificar la bioética, (Atienza, 2012) particularmente en lo concerniente a temas relacionados con el final de la vida, hemos considerado la legislación Nayarita como la más emblemática, cuerpo jurídico que evidencia la ligereza con nuestros legisladores asumen estos temas, lo que conlleva a francos absurdos normativos.

DE LA BIOÉTICA AL BIODERECHO

La bioética surge como una propuesta disciplinaria que pretende analizar los nuevos y complejos dilemas planteados por los recientes avances científicos y tecnológicos.

El creador de la palabra bioética, Van Rensselaer Potter (1970) dio este nombre a una nueva forma de humanismo,

la intención era establecer un marco de referencia para una ética global y secular. No obstante tales pretensiones en lo referente a la secularidad de la bioética, es común ver como publicaciones que bajo el rubro de Ética o Bioética, en realidad presentan una visión moral, biomoral o teológica. Conviene tener en mente que siempre que se nos presente una visión de los valores como absoluta, dueña de la verdad e incontestable, nos encontramos en los dominios de la moral o de la teología, pero nunca de la ética o la bioética.

No se pretende negar aquí que dichas contribuciones morales pudieran ser valiosas sin embargo, debemos ser capaces de reconocer la diferencia, ya que ésta tiene importancia no solo en términos de claridad académica, (López, 2010) sino que en el caso que nos ocupa, tiene un impacto en la legislación que da sustento a las políticas públicas.

Por su parte, el bioderecho, está enfocado al estudio de lo fáctico, al estudio de las diferentes realidades biotecnológicas de incidencia jurídica. (Mendoza, 2011) En consecuencia, el bioderecho, como rama práctica de la bioética, aspira a dirimir, mediante disposiciones normativas, los diversos conflictos generados por el avance biotecnológico en el ámbito de las relaciones humanas. (Mesina de Estrella, 1998).

Así pues desde una perspectiva biojurídica, la legislación Nayarita relacionada a los derechos de los enfermos terminales contienen verdaderos absurdos jurídicos.

LEY DE DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN ETAPA TERMINAL PARA EL ESTADO DE NAYARIT

El 12 de Septiembre de 2012 se aprobó en Nayarit la Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal.¹ Esta ley pretende, según se puede leer en su exposición de motivos, promover una muerte digna entre los habitantes de dicho estado, entendiendo que una muerte digna engloba la posibilidad de rechazar sufrimientos inútiles e insoportables para el paciente, así como la posibilidad de elegir a cuáles terapias desea someterse. La intención, según esta ley, es que los enfermos terminales puedan expresar libremente su voluntad de morir sin sufrimiento, evitando así la llamada “obstinación terapéutica”.

En principio debemos señalar que el título de la ley es desafortunado, y esto es así dado que la aparente intención de la misma es establecer un mecanismo jurídico a fin de que los nayaritas puedan, de manera anticipada, establecer los lineamientos bajo los cuales desean ser tratados en caso de encontrarse “en un futuro” en una situación en la que no pudieran decidir sobre un tratamiento en particular.

Ahora bien, el título de la ley sugiere exactamente lo contrario, ya que hace suponer que se regulan derechos “presentes” no futuros, y que esto es exclusivo para aquellos nayaritas que se encuentren en fase terminal, lo que indica que de no encontrarnos en la condición de enfermos en etapa terminal, dicha ley no aplica y en consecuencia, el ciudadano común no podría manifestar su voluntad de manera anticipada.

Así, queda en evidencia la franca ignorancia no solo de los temas bioéticos, sino particularmente del lenguaje utilizado en esta ley, lo que deriva en diversos absurdos de carácter biojurídico.

EUTANASIA Y LA MUERTE LENTA

En el artículo tercero² de la ley se define la eutanasia como todo acto u omisión de asistencia cuya

¹ La referida ley fue aprobada el 29 de Agosto del 2012 y publicada en el Periódico Oficial del Estado de Nayarit el 12 de Septiembre de 2012. véase: <http://proleg.congresonay.gob.mx/sisparlamentario/iniciativas/1351046598.pdf> (página consultada el 28 de septiembre de 2012).

² Artículo 3.- Para efectos de esta ley se entenderá por: **Eutanasia**.- Todo acto u omisión de asistencia cuya responsabilidad recae en el personal médico o en individuos cercanos al enfermo, **que ocasiona la muerte inmediata de éste** con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida.

responsabilidad recae en el personal médico o en individuos cercanos al enfermo, que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables.

Esta definición, en sí misma es absurda, ya que si seguimos esta lógica deberíamos entender que provocar la muerte a otro, siempre y cuando **ésta no se produzca de manera inmediata**, o bien **sea efectuada por individuos no cercanos al enfermo**, entonces es permisible. Lo anterior resulta delicado ya que se sugiere que si provocamos una muerte lenta estaríamos fuera del supuesto hipotético de la ley.

No hay que olvidar que la eutanasia es definida por la Ley General de Salud como el homicidio por piedad.³ Es decir que la eutanasia, o muerte médicamente asistida, (Álvarez, 2014) implica inducir la muerte a un individuo que así lo solicita, en aras de reducir el sufrimiento presente en su vida, generalmente derivado de una enfermedad terminal. (Calsamiglia, 2012) La base ética o bioética de ésta, se encuentra precisamente en el reconocimiento de la autonomía del paciente.

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La misma ley define qué debemos entender por objeción de conciencia⁴ diciendo que esta es el derecho del médico tratante **para negarse a someter al paciente a cuidados paliativos**.

Ahora bien una primera reflexión es, si los médicos pueden objetar, ¿qué caso tiene la voluntad anticipada? Objeción de conciencia y voluntad anticipada son incompatibles, la voluntad anticipada es eso, una manifestación previa respecto del trato y tratamiento que se desea en un futuro, particularmente en la hipótesis de que en ese momento posterior, no podamos manifestarlo. (Santillan, 2012)

Adicionalmente, resulta incomprensible, ilegal, absurdo y hasta cruel, que un médico pueda, bajo cualquier circunstancia, negarse a someter a un paciente a cuidados paliativos. No hay que olvidar que la principal finalidad de los cuidados paliativos es auxiliar a los enfermos en situación terminal a fin de maximizar su calidad de vida. (Cerdá-Olmedo, 2001)

³ Véase el artículo 166 bis 21 de la Ley General de Salud

⁴ Artículo 3.- Para efectos de esta ley se entenderá por: Objeción de conciencia.- Derecho del médico tratante para negarse a someter al paciente a cuidados paliativos.

Ahora bien, si un médico amparado en la legislación Nayarita se niega a ofrecer los cuidados paliativos a un paciente, estará, no obstante, sujeto a las sanciones establecidas por la Ley General de Salud.⁵

Por último es necesario hacer notar que otro absurdo evidente es lo dispuesto por el artículo treinta y cuatro de la legislación nayarita, ya que amplía el concepto de objeción de conciencia no solo al médico tratante sino **a todo el personal de salud**. Así, cualquier persona que labore en una institución que preste servicios de salud podría objetar y por lo tanto privar de un derecho fundamental a los pacientes con enfermedad terminal, derecho llamado precisamente, cuidados paliativos.

Otras inconsistencias evidentes de la ley es que atribuye una serie de responsabilidades a un ente nebuloso denominado "El Organismo", responsabilidades tales como expedir, recibir, tramitar, archivar, resguardar, dar seguimiento a las solicitudes de declaración de voluntad y dar aviso al Ministerio Público, etc.

El problema de lo anterior es que "El Organismo" es definido en la misma ley como, "Los servicios de salud de Nayarit". Así pues, "**los servicios de salud de Nayarit**" -lo que quiera que ello signifique- serán los responsables de velar por el cumplimiento de la ley, además de expedir, recibir, tramitar, archivar, resguardar, dar seguimiento a las solicitudes de declaración de voluntad y dar aviso al Ministerio Público así como el resto de las atribuciones asignadas por la propia ley.⁶

Francamente parece poco probable que, "**los servicios de salud de Nayarit**", así en plural, sin una cabeza que los guíe, sin una estructura establecida, puedan hacer todo lo que la ley les encomienda.

EL ENFERMO TERMINAL, UN INCAPAZ POR DISPOSICIÓN LEGAL

En el artículo vigésimo séptimo de esta ley podemos apreciar de nueva cuenta la ligereza

5 Al respecto la legislación Nayarita contraviene las disposiciones de la Ley General de Salud, en particular las contenidas en el artículo 166 bis 15, fracción V en donde se establece que es obligación de los médicos respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado al paciente en términos sencillos las consecuencias de su decisión.

6 Véanse al efecto los artículos 3, 10, 11 y 13 de la Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal para el estado de Nayarit

con que el lenguaje es utilizado, ya que establece que la declaración de voluntad surtirá sus efectos en el momento en que su autor se ubique **en un estado de enfermedad terminal y, en consecuencia, ya no pueda gobernarse por sí** o se encuentre en un estado especial de vulnerabilidad que le impida tomar con plena conciencia decisiones sobre su enfermedad.

Como podemos apreciar, para efectos de la ley nayarita, todo paciente en estado terminal es una persona que se encuentra imposibilitada para gobernarse a sí misma, lo cual es un franco absurdo no solo bioético sino bio-jurídico.

EL SORDO QUE DEBE ESCUCHAR Y EL INVIDENTE QUE NO SABE ESCUCHAR

El extremo de los absurdos contenidos en esta ley lo encontramos en el artículo cuadragésimo, que a la letra dice:

Quando **el solicitante fuere sordo o mudo, mientras sepa leer, se le dará lectura en voz alta al documento** donde se hiciera constar su declaración de voluntad anticipada. Adicionalmente establece que en caso de invidentes, se dará lectura en voz alta a su declaración de voluntad **dos veces**.

Como podemos ver, en el artículo anterior se llega no solo al absurdo sino a la burla misma, ya que si una persona es muda, pero sabe leer y escribir, no existe necesidad alguna de que le sea leído en voz alta documento alguno, en tanto que si es sorda, resulta absurdo que la ley imponga la obligación de leer en voz alta al documento de voluntad anticipada. Por último, tratándose de una persona ciega, resulta ilógico (absurdo) que se le deba leer **en dos ocasiones** el referido documento.

Lo anterior demuestra, sin lugar a dudas, la ligereza con que se elaboran nuestras leyes y el bajo nivel de seriedad asumido por muchos de nuestros legisladores en una labor tan importante como lo es, precisamente, la labor legislativa.

CONCLUSIÓN

Como podemos apreciar, la discusión bio-ético-jurídica pasa por un momento de expansión en nuestro país, los avances en materia biotecnológica relacionados con el final de la vida, ponen de manifiesto la necesidad de discutir este tipo de tópicos. Así, resulta evidente la necesidad de una reflexión seria y mesurada relacionada con la forma en que, como sociedad, deseamos regular los temas relacionados con el fin de la vida.

La etapa correspondiente al final de la vida provoca una serie de dilemas en virtud de los valores que se ven involucrados, el choque cultural, la incidencia de la tecnología y la ciencia en los procesos vitales, así como la dimensión social que se le da a la muerte, nos obliga a abordar los temas bioéticos y biojurídicos con seriedad y reflexión profunda, ello precisamente por tratarse de aspectos relacionados con individuos que son, ante todo, seres humanos.

Consecuentemente, nuestros legisladores al abordar estos temas, están obligados a informarse adecuadamente y a legislar sobre la base del conocimiento científico. Aunado a lo anterior y como

ha quedado demostrado, es necesario que el lenguaje normativo sea claro, pertinente, apropiado y neutral.

Parafraseando a Diego Gracia, (1998) el bioderecho, es decir nuestra legislación atinente en estos temas, debe responder a un ejercicio racional, lo que evidentemente no se aprecia en la legislación Nayarita que ahora se comenta.

Un último dato, es que esta ley fue aprobada por unanimidad por la trigésima legislatura del Congreso Local Nayarita, lo que implica que ninguno de los diputados integrantes de dicha legislatura objetó ninguna de las serias deficiencias de lenguaje y absurdos plasmados en la misma.

LITERATURA CITADA

- Álvarez del Río, A. 2014. Eutanasia y suicidio médicamente asistido. ¿Cuál es el problema?. *Revista de Investigación Clínica*, 3(66): 282-287
- Atienza, M. 2012. Juridificar la bioética. Pp. 64-76. En: *Bioética y Derecho: Fundamentos y problemas actuales*. México: Ed. Fontamara.
- Calsamiglia, A. 2012. Sobre la Eutanasia. Pp. 160-175. En: *Bioética y Derecho: Fundamentos y problemas actuales*. México: Ed. Fontamara.
- Cerdá, G. 2001. Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. Eutanasia. Pp.1-10. En: *Manual de bioética*. Barcelona: Ed. Gloria Ariel Ciencia, 1pp.
- Gracia, D. 1998. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética.*, Bogotá: Ed. el Búho, 1pp.
- López, S. 2010. *De la Ética a la Bioética: Un Enfoque Práctico para el Desarrollo Profesional en las Ciencias Médicas*. Monterrey: Ed. UANL, 200pp.
- Mendoza, H. A. 2011. *La reproducción humana asistida: Un análisis desde la perspectiva biojurídica*. México: Ed. Fontamara, 232pp.
- Messina de Estrella, G. N. 1998. *Bioderecho*. Argentina: Ed. Abeledo-Perrot, 250pp.
- Potter, V. R. 1971. *Bioethics. Bridge to the Future*. Nueva York: Ed. Prentice-Hall Pub, 1pp.
- Santillan, P. 2012. Voluntad Anticipada y Objeción de Conciencia. En: <http://colegiobioetica.org.mx/wp/editoriales/editoriales-2012/voluntad-anticipada-y-objecion-de-conciencia/>. última consulta: 26 de septiembre de 2014.

LEGISLACIÓN

Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit
Ley General de Salud



Conscientious objection in medicine La objeción de conciencia en la medicina

Patricio Santillan Doherty

Colegio de Bioética, A.C. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Calzada de Tlalpan 4502,
C.P. 14080, México D.F. E-mail: patricio.santilland@gmail.com

La objeción de conciencia en medicina se puede definir como la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico científica y legalmente aprobado según el *ars medica* aduciendo la trasgresión a su libertad de pensamiento, conciencia o religión (en otras palabras, sus principios morales y creencias religiosas).

El médico que aduce objeción de conciencia, debe tener especial cuidado ya que trasgrede las necesidades y derechos del paciente que requiere del acto médico; así, el médico, al pretender defender su postura moral en contra de la exigencia que él siente le "impone" su ejercicio profesional (acción que médica, moral y legalmente es totalmente aceptada), lastima los intereses de un paciente que espera de él su mejor actuar en aras de su beneficio.

Esto resulta con mujeres que buscan a su médico especialista en salud reproductiva porque requieren controlar su fertilidad con objeto de no embarazarse o, al contrario, porque se quieren embarazar y no pueden; o bien, han sido víctimas de una violación y quieren protegerse para evitar quedar embarazadas o simplemente desean terminar un embarazo que no entró dentro de sus planes de vida (como legalmente ahora tienen derecho en el Distrito Federal). Y resulta que su médico aduce la figura de la objeción de conciencia para lavarse las manos (a la manera de Pilatos, no por higiene) anteponiendo falsamente su actitud omisa a las necesidades de su paciente.

Resulta entonces que la objeción de conciencia puede generar un conflicto de intereses con el otro; en el caso de los médicos, el otro es la contraparte de la relación primordial que da sentido al actuar médico: la paciente. Recientemente se ha aceptado la Declaración Internacional de los Derechos Humanos como válido con un rango incluso constitucional en nuestro país. Dentro de las libertades y

derechos que protege dicha Declaración se encuentran el derecho a la salud (art. 25), y el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art. 18). Este último de ninguna manera implica un derecho a objetar; la objeción es un mecanismo de resistencia para tratar de ejercer un derecho, no constituye un derecho en sí, si bien existen muchos escritos donde se plantea la objeción como tal; incorrectamente, desde mi punto de vista.

LOS OBJETIVOS DE LA MEDICINA Y LOS FACTORES REALES QUE DETERMINAN Y LE DAN VALIDEZ AL CUIDADO MÉDICO

Las actividades médicas se dan siempre dentro del contexto de una relación que establece el paciente con su médico y debe pasar a través del análisis profundo de los objetivos de la medicina. Estos objetivos son:

- 1) Preservar la salud;
- 2) Curar, aliviar o acompañar/consolar al paciente; y
- 3) Evitar las muertes prematuras e innecesarias.

Las técnicas, procedimientos, maniobras y tratamientos que utiliza la medicina para lograr sus objetivos conforman la *lex artis medica* que deriva de la generación de conocimiento médico-científico, del valor humanístico que el gremio médico otorga a dicho conocimiento y de la aprobación que la sociedad le da a todo esto a través de la expedición de leyes, reglamentos y normas. Una paciente, entonces, espera recibir de su médico lo mejor de su conocimiento médico-científico, dentro de un contexto humanístico de respeto, empatía, confianza y bajo la luz aprobatoria de la ley (o, por lo menos, en ausencia de su prohibición).

Cabe recordar que esta relación paradigmática, la del paciente con su médico, se ve influida de manera importante por un desbalance de poder en favor de este último quien, si no hace una reflexión profunda sobre dicha situación,

puede, de manera consciente o inconsciente, abusar del mismo e indudablemente termina por afectar al paciente. Es por esto que la relación de los pacientes con sus médicos ha ido evolucionando del sistema hipocrático-paternalista clásico hacia un sistema participativo en la toma de decisiones por parte del paciente a través del respeto a su autonomía utilizando el conocimiento científico como herramienta insustituible de la práctica médica y tomando en cuenta la realidad pragmática de la economía de la sociedad y las leyes establecidas por ella misma para regularse. En otras palabras, los factores reales que determinan y le dan validez al cuidado médico son:

- a) Los deseos del paciente expresados voluntariamente (consentimiento informado);
- b) El conocimiento científico;
- c) La distribución justa/equitativa de recursos finitos; y
- d) Lo establecido por las leyes vigentes.

Tomando esto en cuenta se entiende que los valores personales de un médico (o del resto del personal del sistema de salud) no establecen ni determinan el cuidado que dicho médico le debe a su paciente. Los valores particulares son relevantes exclusivamente para el individuo pero no determinan el cuidado médico que requieren los pacientes y que el médico tiene la responsabilidad de proveer. Un médico que antepone sus valores particulares por encima de las necesidades de un paciente no está cumpliendo cabalmente con el cuidado que debe proveer y no cumple tampoco con los objetivos de la medicina; comete entonces una transgresión ética.

POSIBLES POSTURAS ANTE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN MEDICINA

De lo anterior se desprende que la llamada objeción de conciencia es una práctica de resistencia que solo es válida cuando no implica dejar a los pacientes en estado de indefensión por no cumplir los objetivos que asumimos cuando nos convertimos en médicos. Caer en esto abunda al desbalance de poder de la relación paciente-médico. Es posible identificar tres posturas de actitud ante la objeción de conciencia: aceptarla, no aceptarla o negociarla. La primera postura posible, la aceptación, asume la tesis de la integridad donde establece a la OC como un 'derecho'. Resulta un absolutismo de conciencia, donde los proveedores de servicios de salud deben ser eximidos de realizar cualquier acción contraria a su conciencia (creencias morales o religiosas). Esta postura absolutista resulta muy

problemática ya que soslaya el hecho de que los profesionales tienen obligaciones especiales para con el paciente (respeto de su dignidad y autonomía así como promover su beneficencia/no maleficencia y el cumplimiento de los objetivos de la medicina). Finalmente, favorece actitudes perversas como interferir con la atención que requiere un paciente por cuestiones morales utilizando a la OC como una táctica obstruccionista y de boicot moral.

En el lado opuesto podemos identificar la segunda postura que implica no aceptar la validez de la OC. Esta postura es sustentada mediante la tesis de incompatibilidad ya que juzga la OC como incongruente con las obligaciones morales de las y los médicos. Considera que si un médico tiene problemas morales para realizar su actividad de acuerdo a la *lex artis* médica, entonces dicho profesional no cumple con sus obligaciones y debería mejor dedicarse a otra cosa.

En un terreno intermedio aparece la tercera postura que considera que los médicos, en tanto agente morales, poseen integridad moral que merece protección además de que existen prácticas controvertidas en la sociedad que pueden verse influenciadas por fenómenos como la modestia epistémica (el reconocer que no sabemos todo y por ende no abarcamos toda la verdad y podemos estar equivocados), y el progreso moral (donde los cambios en el conocimiento científico propician modificaciones en las concepciones morales existentes). Esta postura asume la tesis justificatoria donde el ejercicio de la OC debe defenderse mediante una exhaustiva justificación de su relevancia para el agente moral (médico) en balance con el respeto al derecho de un paciente a una atención médica adecuada, en tiempo y forma, que proteja su autonomía y provea el mayor beneficio con el menor riesgo posible.

EVITAR EL DAÑO AL PACIENTE COMO NORMA ÉTICA PRIMORDIAL

Este precepto debe anteponerse a cualquier manifestación por parte de agentes morales que aduzcan problemática de conciencia para realizar lo que su paciente espera y desea (mediante el consentimiento informado) y de acuerdo con lo que dicta la evidencia médico-científica existente y a su vez permite la ley. De lo que se trata es de proteger al paciente en primer lugar; si se puede, podrá tomarse en cuenta la problemática de conciencia del médico o médica. Lo que se quiere es evitar una obstaculización a la atención debida de los pacientes y evitar conversaciones como la siguiente:

Paciente (quien entra a la clínica muy compungida y angustiada): “¿Es esta la clínica de atención médica?”

Médico objetor (pensando en su “derecho” y siguiendo “lineamientos para objeción de conciencia le provee la atención): “Sí, así es.”

Paciente: “Acabo de ser violada y creo que puedo estar embarazada, ¿Qué debo hacer?”

Médico objetor: “Póngale nombre.”

Paciente: “Lo que quiero decir es, ¿Qué me aconseja?”

Médico objetor: “Planee un baby-shower.”

Paciente: “Pero doctor, ¡Necesito un consejo médico!”

Médico objetor: “Tome mucha leche.”

Paciente: “¿Dígame qué hacer!”

Médico Objeto: “Comience a tejer chambritas.”

Paciente: “¿Cuáles son mis opciones?!”

Médico Objeto: “Azul o rosa.”

Parecería una conversación surrealista y sin embargo sucede. Existen muchas acciones aceptadas por el *ars medica* y la ley en nuestro país que generan mucha inquietud moral: la interrupción legal del embarazo, el uso de anticoncepción, la aplicación de medidas paliativas, las voluntades anticipadas, la limitación del esfuerzo terapéutico y la definición de muerte por criterios cerebrales entre otras. Si un médico encuentra dificultad moral con alguna

de estas cuestiones, su decisión primordial debe ser la de abstenerse de entrar a esa área de actividad médica. Un especialista que es incapaz (por cuestiones de índole moral o religioso) de ofrecer todas las alternativas terapéuticas que su área de interés le obliga ofrecer, debe cuestionarse seriamente entrar en esa especialidad y mejor dedicarse a otra cosa ya que será incapaz de cumplir con los objetivos que la medicina establece y, desde mi punto de vista, comete una falta ética.

Cuestionar seriamente la práctica de la objeción de conciencia es la única forma de evitar que la medicina deje de ser una actividad benefactora y se convierta en un sistema totalitario. Médicas y médicos debemos reflexionar profundamente sobre nuestra profesión en el más estricto sentido de cómo debemos profesarla para no caer en las palabras que CS Lewis escribiera (en su ensayo *God in the Dock*): “De todas las tiranías, la más opresiva es aquella ejercida de manera sincera por el bien de sus víctimas. Es mejor vivir sujetos a barones que roban y no bajo la omnipotencia de metiches moralistas. La crueldad del barón que roba puede a veces dormir y su avaricia encontrarse hasta cierto punto saciada; pero aquellos que nos atormentan por nuestro propio bien continuarán indefinidamente ya que lo hacen bajo la aprobación de su propia conciencia”.

LITERATURA CITADA

Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. 1948.

Boyd, KJ. 2010. 2048: Humanity’s Agreement to Live Together. The International Movement for Enforceable Human Rights. San Francisco, EUA: Ed. Berrett-Koehler Publishers.

Martínez de la Escalera AM. 2007. Estrategias de Resistencia. México, DF.: UNAM-PUEG.

Cantor JD. 2009. Conscientious Objection Gone Awry –Restoring Selfless Professionalism in Medicine. *N Engl J Med*; 360: 1484-5.

Lisker R. 2010. Objeción de Conciencia en Medicina. En, El Desafío de la Bioética. Rivero-Weber P, Álvarez A, México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Savulescu J. 2006. Conscientious objection in medicine. *BMJ*; 332(4): 294-7.

Charo AR. 2005. The Celestial Fire of Conscience –Refusing to Deliver Medical Care. *N Engl J Med*; 352:2471-3.

Casado M, Corsoy M. (coords.) 2007. Documento Sobre Objeción de Conciencia en Sanidad. Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho. Barcelona, España. www.bioeticayderecho.ub.es

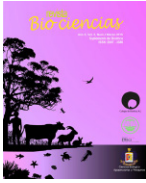
Swartz MS. 2006. “Conscience Clauses” or “Unconscionable Clauses”: Personal Beliefs Versus Professional Responsibilities. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* 6(2):269-350.

Wicclair MR. 2006. Pharmacies, Pharmacists, and Conscientious Objection. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 16(3): 225-50.

Pronunciamento de la Academia Nacional de Medicina de México Ante la Salud Reproductiva y los Derechos de la Mujer. En: <http://www.promsex.org/docs/Documentos/DDSS-DDRR/pronunciamentoANMmantelassyrredelasmujeres-Mexico.pdf> Última consulta 2 de Agosto de 2011.

Postura del Colegio de Bioética ante la Objeción de Conciencia en la Atención Médica. En: <http://colegiodebioetica.org.mx/objeciondeconciencia/objecion.htm>. Última consulta 2 de Agosto de 2011.

Lewis CS. 1979. *God in the Dock: Essays on Theology (Making of Theology)*. Fount.



Philosophical perspectives on bioethics as influential factors for judicial decision making in Mexico

Las corrientes filosóficas de la bioética como factor para la toma de decisiones judiciales en México

Yessica Paloma Báez Benítez

Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Derecho, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit. C.P. 63155. Tel. 311-138-2380. E-mail: yessika_pink_0392@hotmail.com.

"La vida feliz y dichosa es el objeto único de toda la filosofía" Cicerón

Desde la invención de las vacunas hasta la clonación de la oveja Dolly, los avances tecnológicos desde principios del siglo XX hasta nuestros días refleja el exponencial crecimiento en la generación de conocimiento científico y representa un grave conflicto entre el "ser científico" con el "deber ser" ético y el "poder hacer" normativo.

Pocos avances han generado un gran impacto en la Humanidad como los producidos por la Ingeniería Genética, las diversas aportaciones en áreas como la Biomedicina¹ y la Biotecnología² han permitido concebir la vida humana en niveles insospechados; está revolución ha permeado a tal grado que contribuyó en la creación de una atractiva disciplina: la **bioética** (siendo nueva para algunos, no tan reciente para otros) como un campo de estudio de investigación multi/inter/trans disciplinar que requiere de un interacción tanto del área académica como profesional.

Desde el hecho de que las tecnologías reproductivas permite nuevas formas de crear vida humana hasta la posibilidad de que los investigadores dispongan de material genético permi-

tiendo su manipulación con fines de diagnóstico, terapéuticos, de investigación básica o experimental, son problemáticas que suscitan no sólo un análisis ético "de lo que correctamente debe estar bien hecho" sino un marco de referencia jurídico "de lo que legalmente está permitido" y es así como damos paso al **bioderecho** como una disciplina que pretende dar respuesta al cómo debemos resolver –jurídicamente hablando- los dilemas éticos en los que se vean *implicados las ciencias de la vida, el comportamiento del ser humano y que vincula con todo aquello relativo a la salud* (Rendón, 2012).

BREVES ANTECEDENTES

Mencionar el nacimiento de Bioética es sinónimo de referencia al bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter quien fuera el primer autor que utilizó el vocablo bioética en 1971 en su obra *Bioethics: Bridge to Future*, una mezcla que ya había acuñado con anterioridad el pastor protestante Fritz³ Jahr quien pretendía establecer un principio bioético universal *"respeto por principio a cada ser viviente con un fin en sí mismo y trátalo, de ser posible, como un igual"* una concepción que buscaba reemplazar el formal imperativo de Kant.

La bioética en la óptica de Potter versa sobre el estudio de la relación del hombre con otros seres vivos y el cuidado al medio ambiente, su trabajo contaba con un enfoque ecológico más que sobre la práctica médica. Los dilemas bioéticos en el panorama actual han adquirido nuevas dimensiones que han superado a la tradicional "ética médica".

1 De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española en su 22ª Edición, ha definido a la Biomedicina como: La Medicina clínica basada en los principios de las ciencias naturales, como la biología, la biofísica, la bioquímica, etc. Consultable en: <http://lema.rae.es/drae/?val=biomedicina>

2 El término "biotecnología" fue utilizado por primera vez por el Dr. Károly Ereki (en alemán Karla Ereky) un ingeniero agricultor de origen húngaro en su obra titulada "La biotecnología en la producción cárnica y láctea en una gran explosión agropecuaria" en el año 1919. En la actualidad de acuerdo al artículo 2º del Convenio sobre Diversidad Biológica del año 1992, la Biotecnología podría definirse como "toda aplicación tecnológica que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos".

3 Mencionó el término bioética en el artículo Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze publicado en la revista Kosmos en el año de 1927.

La *Encyclopedia of Bioethics* ha definido a la bioética como:

“El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales” (Riech, 1978).

Aunque históricamente se comenzó a hablar de la bioética en Europa en los años 20’s, formalmente surgió su campo de discusión en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los 60’s del siglo XX, no obstante su conceptualización y visión difiere en el contexto Latinoamericano ello virtud de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que caracterizan a cada Estado.

En México ha sido el Colegio de Bioética quien ha definido ésta disciplina como: *“el estudio sistemático, pluralista e interdisciplinario de las cuestiones éticas surgidas de las ciencias de la vida y de las relaciones de la humanidad consigo misma y con la biosfera”* (Sagols, L. et al, 2008) es decir; el estudio de las acciones morales de los individuos en la toma de decisiones mediante una metodología interdisciplinaria, en consecuencia la presencia de la bioética en la vida diaria, en nuestro país y en el mundo entero ha permitido dejar de un lado la respuesta sobre ¿Qué es? para dar paso a la pregunta ¿cómo la aplico?.

Hoy en día la bioética permite establecer puntos de discusión sobre temas controversiales vinculados a las ciencias de la vida y la salud: cuestiones como la eutanasia, la reproducción asistida, la criogenización, los trasplantes de órgano e inclusive la clonación en seres vivos, situaciones que plantean dilemas éticos derivados de las aportaciones biomédicas y que permitieron el surgimiento del término Bioderecho como una demanda de regulación normativa para éstas problemáticas, el cual apareció durante los años 90’s y que Susand Poland ha expresado como *“la investigación y práctica generalmente interdisciplinaria por su naturaleza, cuyo objetivo es la clarificación o solución de las cuestiones éticas planteadas por los avances y aplicaciones de las ciencias biomédicas y biológicas”*. (Carpi, 2011).

El Bioderecho es una nueva rama científica interdisciplinaria, y así lo señala el Dr. Héctor Fix Zamudio quien a su vez cita a Flores Trejo.

“El Bioderecho surge como respuesta a los avances del progreso científico y tecnológico vinculados con la problemática de los seres vivos, y representa una simbiosis entre la vida y el comportamiento del ser humano en su entorno natural, que se relaciona con todo aquello relativo a la salud y la dignidad” (Trejo, 2004).

La teoría tridimensional del Derecho de Miguel Reale ha sido retomada por algunos autores para poder replantear al Derecho mediante el estudio de la Bioética entendiendo a ésta en tres enfoques: a) Fáctica, como hecho que se presenta en la realidad social; b) Normativa, como conjunto de normas que dirigen la conducta humana y; c) Axiológica, como un valor garante de otros valores supremos y como guías para elaborar los contenidos de las normas jurídicas (Reale, 1997).

Así lo apunta Diego Gracia cuando habla de las relaciones entre la Ética y el Derecho. El Derecho es un “epifenómeno” es decir, que el derecho se crea con basa en los valores que en determinados grupos sociales imperan y en consecuencia se crean normas jurídicas que la sociedad requiere. En ambos campos, menciona el autor, que el método a utilizar es la deliberación, moral en el caso de la ética y jurídica en relación con el Derecho, una de las principales cualidades que identifican a los casos bioéticos, es precisamente ese carácter deliberativo, la interdisciplinaria que la Bioética representa presupone una doble responsabilidad para los juzgadores del sistema jurídico mexicano en la búsqueda de soluciones más óptimas para abordar los dilemas bioéticos que lleguen a los tribunales. Así lo manifiesta Diego. Gracia *“El Bioderecho sin Bioética es ciego, y la bioética sin el bioderecho resulta vacía. Sin la bioética, el bioderecho correrá el riesgo de caer «bajos mínimos»* (Gracia, 1989) he aquí la justificación del presente estudio el cual no pretende profundizar en una cuestión terminológica, sino puntualizar que ambas disciplinas pueden dar respuesta a los principales dilemas éticos que la Biomedicina y la Biotecnología plantean a nuestra sociedad, este binomio tienen como propósito establecer directrices generales cuya aplicabilidad se vea inmersa en un contexto donde los derechos humanos deben prevalecer por encima de cualquier interés particular que la ciencia pudiere representar para ciertos sectores y lograr un equilibrio entre el beneficio del progreso científico y el respeto por la dignidad del ser humano y su libertad como derechos fundamentales reconocidos por el Estado Mexicano.

CORRIENTES FILOSÓFICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA BIOÉTICA

Al momento de explicar ¿Qué es la Bioética?, es lógico pensar en la filosofía, como un camino que ilumina y pretende desnudar la naturaleza humana, por cuya virtud nos aproximamos a comprender lo que es el hombre. Algunos autores consideran que las corrientes filosóficas de la Bioética no pueden utilizarse por sí solas, que se requiere de más de una postura debido a la complejidad de los casos bioéticos, en consecuencia; se tiene que extraer lo más importante de cada corriente epistémica, no obstante lo anterior, se mantiene la postura de elegir una sola teoría para el caso en concreto.

PRINCIPALÍSIMO NORTEAMERICANO

El origen de esta corriente se encuentra en la creación de la *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamiento en EEUU* quien comenzó a funcionar en el año 1974 y que culminó (cuatro años más tarde) en la publicación del *Informe Belmont* que contiene tres principios: el de autonomía o de respeto por las personas (en cuanto a sus decisiones); el de beneficencia (consistente en no hacer daño), y el de justicia (imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios). Ya fue en el año 1979 que Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron el libro *Principios de Ética Biomédica* profundizaron estos principios, agregan uno más:

- a) **El principio de beneficencia.** La beneficencia consiste en ofrecer siempre un bien al usuario de los servicios de salud.
- b) **El principio de autonomía.** Autonomía es la facultad de gobernarse a uno mismo. Es la capacidad de tomar decisiones sobre lo que puede suceder con nuestro propio cuerpo.
- c) **El principio de justicia.** Contempla que todo individuo tiene derecho al trato igualitario como los demás seres humanos, sin importar las condiciones de su vida, de su salud, de sus creencias o de su posición económica.
- d) **El principio de no maleficencia.** Este principio expresa la obligación de no producir un daño de manera voluntaria.

Los principios anteriormente descritos, se aplican para resolver dilemas éticos en el campo de la Bioética, pero muy específicamente en el área clínica.

Jonsen y Toulmin también eran miembros de la Comisión Norteamericana, juntos publicaron una obra titulada *El abuso de la casuística: historia del razonamiento moral* en ella opinaron acerca del principalísimo y propusieron la **tiranía de los principios**⁽¹⁵⁾ *“(la idea de que la ética consiste exclusivamente en un código de reglas y de principios generales), la rehabilitación de la “casuística”, esto es, un método de pensamiento que se centra, fundamentalmente, en el caso concreto”* (Atienza, 1999) el objetivo principal de los autores fue hablar de la casuística y como se podía aplicar en el panorama actual de la bioética, más que un estudio sobre la ética biomédica sus investigaciones se centraron en la historia de la ética.

Diversos autores, como Ronald Dworkin⁴ y Engelhardt H.⁵ criticaron la posición “Principalista” de Beauchamp y Childress, agregaron muchos más preceptos, pero es Diego Gracia⁶ quien explica detalladamente esta corriente filosófica y la concepción de los autores respecto de los principios que enuncian, quien entiende *“que son principios prima facie, es decir; que obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí (...) no hay reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro, y de ahí la necesidad de llegar a un consenso entre todos los implicados...”* (Atienza, 1999).

En la actualidad, la aplicación de estos principios ha sido redefinida con el paso del tiempo, pero sin duda alguna representa un cambio cultural y un parteaguas en la concepción de la relación médico-paciente, (Casell, 2000).

PERSONALISMO EUROPEO

La Bioética en Europa (a diferencia de la anglosajona) comenzó a estructurarse a mediados de los años 80's, su punto de partida es la creación del *Instituto Borja de Bioética en Barcelona*⁷ el campo de discusión bioético fue impulsado por la creación de la *Europea de la Asociación de Centros de*

4 Cfr. Dworkin Ronald M. Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom. Editorial Random House LLC, 1993.

5 Cfr. Engelhardt H. Tristram. The foundations of bioethics. Editorial Oxford University Press, 1996.

6 Guillén-Gracia, Diego M. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Editorial Eudema Universidad, 1991.

7 Sitio Web Oficial en: <http://www.ibbioetica.org/es/#&panel1-1>

*Ética Médica*⁸ el 2 de diciembre de 1986, una red de investigación y de comunicación internacional; "Europea" se utiliza en el sentido amplio del término, es decir; desde el Atlántico hasta los Urales. EACME tiene como objetivo promover la preocupación crítica pública con respecto a las cuestiones implicadas en el desarrollo de las ciencias biomédicas en sus comunidades. Posteriormente en agosto de 1987 se fundó la *Sociedad Europea de Filosofía de la Medicina y de la Salud*⁹, bajo la dirección de Hen Ten Have, que fue instituida por una empresa internacional de filósofos, médicos, especialistas en ética y otros profesionales interesados en la materia con la necesidad de plantear una reflexión crítica sobre el papel de la medicina y el cuidado de la salud actual¹⁰ (Schotsmans, 2005).

Schotsmans¹¹ menciona que las dos evoluciones más importantes del campo de la bioética a nivel normativo son: la creación de un Comité Asesor de la Comisión Europea y la publicación del *Convenio de Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa*¹² después en diciembre de 1997 la Comisión Europea creó el *Grupo Europeo de Ética*¹³ y en noviembre de 1996 se aprobó la redacción final de la *Convenio de Derechos Humanos y Bioética*.

"La diferencia esencial que Schotsmans establece entre el principismo americano y la bioética europea reside en la interpretación del concepto de persona. Sostiene que en la Bioética europea la persona no sólo es vista desde la óptica minimalista de la autonomía, sino también desde la integridad, la dignidad y la vulnerabilidad" (Lucak, 2007). Como características distintivas de la Bioética europea Schotsmans destaca:

- a) La relación médico paciente;
- b) La solidaridad como valor fundante de los sistemas de salud europeos;

- c) El concepto de dignidad humana;
- d) Su carácter teleológico. (*Ibidem*, p. 21.)

En conclusión, *"el enfoque europeo continental con la Bioética es multifacético. El respeto de la persona humana en su participación relacional y social es mucho más dominante de lo que es en los enfoques anglosajones a la Bioética"*¹⁴.

A continuación enunciamos los principios que caracterizan a la Bioética Personalista¹⁵:

- a) **La vida física es un valor fundamental, condición de cualquier otro valor.** Es éticamente inadmisibles cualquier acto que disponga directamente de una vida humana.
- b) **El respeto a la dignidad de la persona.** Es la clásica formulación que Kant ha hecho de este principio: "Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y no únicamente como un medio" consiste, básicamente en prohibir la instrumentalización de la persona.
- c) **El principio de la libertad-responsabilidad.** Todos los sujetos operantes en los que constituye el campo de la bioética deben respetar, cada uno en sí mismo y en los demás, la dignidad de los sujetos que actúan basándose en elecciones conscientes y libres y respetando los valores que se encuentran en juego.
- d) **Principio de totalidad.** En su formulación más general es para el todo, axioma que de por sí es evidente. Aplicado a la persona humana, que es un todo unitario compuesto de partes, lleva a la afirmación de que por el bien de la persona es lícito llegar a privarla de una parte cuando no existe medio de conseguir ese bien de otro modo. (Ciccone, 2005).

8 European de Association of Centers of Medical Ethics (EACME), Sitio Web Oficial en: <http://www.eacmeweb.com/>

9 European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare (ES-PMH), Sitio Web Oficial en: <http://www.espmh.org/>

10 Schotsmans Paul T. Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies". *Acta Bioethica* [serie en internet] 2005 [consultado 2014 agosto 10]; Chile, (XI), núm 1, pp. 37-46.

11 Cfr. Integration of bioethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies y Personalism in medical ethics, dos artículos del filósofo Paul Schotsmans catedrático de la Universidad de Lovaina, Bélgica.

12 Schotsmans Paul T., op.cit, nota 11, p. 39-40.

13 European Group on Ethics (EGE), Sitio Web Oficial en: http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/index_en.htm

14 Schotsmans, Paul T., op.cit., nota 11, p. 45.

15 La descripción de estos principios es una extracción textual del autor Ciccone Lino. *Bioética: Historia. Principios. Cuestiones*, Editorial Palabra, 2005, p. 50-52.

BIOÉTICA UTILITARISTA

Por cuestiones de espacio, es imposible profundizar en el tema del utilitarismo, para efectos académicos se limita a una panorámica de su concepción en sus inicios, así como sus máximos exponentes actualmente y las principales críticas que éstos han recibido al utilizar esta corriente epistémica para su discusión en el campo de la Bioética.

“El utilitarismo, como filosofía moral del bienestar social, de gran influencia en la historia del pensamiento de los siglos XIX y XX, no puede estar ausente, y de hecho no lo ha estado nunca, como una teoría ética más que forma parte de la construcción y desarrollo de la Bioética”. (Clotet, 1993). Constituye la versión más importante de las teorías teleológicas (del griego *télos*= fin) y fue propuesta en 1739 por David Hume y se centra en las consecuencias de las acciones.

El principio de Francis Hutcheson (catorce años posteriores a la obra de Hume) de que *“la acción mejor es la que produce mayor felicidad para el mayor número; y la peor, aquella que, del mismo modo, ocasiona miseria”* es considerado por diversos autores como la primera formulación explícita de la máxima utilitarista, no obstante fue desarrollada más ampliamente por los ingleses John Stuart Mill¹⁶ y Jeremy Bentham¹⁷ éste último menciona que: *“La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos amos soberanos: el dolor y el placer. Ellos solo han de señalar lo que debemos hacer”*, Bentham identifica el “bien” en relación con el placer o la felicidad, y el mal con el dolor o la infelicidad.

En el año 1971, John Rawls publicó su obra *“Teoría de la Justicia”*, como una reacción para contra argumentar la *Teoría del Utilitarismo Clásico*. En palabras del propio autor: *“Un individuo que se dé cuenta de que disfruta viendo a otras personas en una posición de menor libertad entiende que no tiene derechos de ninguna especie a este goce. El placer que obtiene de las privaciones de los demás es malo*

16 Cfr. Mill J.S. Utilitarianism. Editorial Indianapolis: Hackett Publishing, 2001.

17 En el año de 1789 Bentham (quien es considerado el padre del utilitarismo) publicó una obra titulada: Introduction to the Principles of Morals and Legislation donde realiza una fuerte crítica al sistema legal y judicial inglés en ella establece que todo acto humano, norma o institución, deben ser juzgados según la utilidad que tienen, es decir, según el placer o sufrimiento que produce en las personas, el objetivo final de su trabajo era “la mayor felicidad para el mayor número” Jeremy discrepaba con Rousseau y su postura iusnaturalista emanado de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789.

en sí mismo: en una satisfacción que exige la violación de un principio con el que estaría de acuerdo en la posición original”, la principal crítica que Rawls hace al utilitarismo es su falta de respeto por los individuos, ya que en la versión más clásica, una persona no es considerada como valiosa y digna de protección por derecho propio. En lugar de ello es sólo una gota en el océano de la utilidad social general. (Caballero, 2006), es decir; que contribuye a la generalidad a costa de la particularidad de cada persona.

En la actualidad el máximo exponente de esta teoría es el filósofo australiano Peter Singer¹⁸ quien es considerado el creador de la ética aplicada, en su libro *Ética práctica* el autor comienza distinguiendo una persona que vive moralmente y otra que no vive moralmente, Singer sostiene que una persona vive una vida moral cuando está convencida de:

- a) De que sus acciones son correctas, y
- b) De que puede justificar racionalmente sus decisiones morales.

Para resolver dilemas bioéticos se utiliza como base la deliberación, Singer explica que cuando se hace un juicio moral se tienen que tener en consideración los intereses de todos los afectados, *“en nuestras deliberaciones morales debemos dar la misma importancia a los intereses iguales de todos aquellos a quienes afectan nuestras decisiones y acciones”* como un principio de igualdad entre los seres humanos, es así como establece el **principio de igual consideración de intereses**.

Para los utilitaristas contemporáneos su principio básico es “el mayor bien para el mayor número de personas”. Por encima de los valores del individuo se encuentran los valores de la sociedad. En esta perspectiva, las decisiones éticas versan sobre la “utilidad” que presentan para la persona, la institución o para la sociedad en general. Para poder aplicarla, se requiere previamente de un cálculo del costo-beneficio de las decisiones y los resultados que se obtendrían de su probable aplicación. (Picasso *et al*, 2010).

“El utilitarismo es consecuencialista, es decir, juzga la moralidad de un acto exclusivamente por referencia a lo que se sigue de él. El utilitarismo es además hedonista, esto es, considera buenos los estados placenteros conscientes y malos los dolorosos”.(Gómez, 2009). La máxima dificultad

18 Cfr. Singer Peter. Practical ethics. 2a. ed., Editorial Cambridge University press, 2011.

tad que enfrenta el utilitarismo es, en palabras de Gómez-Lobo, es precisamente que no logra justificar los casos que intuitivamente se consideran instancias de injusticia, es decir, si una persona piensa que un acto puede tener buenas consecuencias pero que es intrínsecamente injusto, cita como ejemplo: privar de la vida de una persona para tener bajo control la vida de muchas personas. (*Ibidem*, p. 43.)

Así lo expresa Bompiani: *“Los utilitaristas valoran, además del aspecto puramente pragmático el interés en considerar las consecuencias de las acciones humanas sobre el ambiente superando un punto de vista estrechamente antropocéntrico, para valorar los estados de las cosas también desde el punto de las otras especies y del bienestar de la comunidad bioética tomada como un todo”* (Bompiani, 1992). Se han expuesto tres de las escuelas teóricas con mayor trascendencia en la Bioética contemporánea, cada una de ellas se puede utilizar para fundamentar los argumentos descritos en las sentencias relacionadas con dilemas planteados desde la Ética. El objetivo de dar a conocer estas corrientes del pensamiento, es para poder comenzar su discusión y resolución en problemas relaciones con las ciencias de la vida y la salud como punto de partida para su aplicación a nivel normativo, específicamente, en el ámbito jurisdiccional mexicano. Se puede observar, que la Bioética contiene variantes (en cuanto a percepción y aplicabilidad) pero ella puede contribuir como una guía que oriente a los juzgadores mexicanos en la toma de decisiones judiciales.

FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA

La fundamentación ética (de la bioética) en perspectiva de Diego Gracia -quien es un referente histórico en el campo de la bioética y de gran influencia en el contexto Latinoamericano, sobre todo aplicado a la ética clínica- hay que hacerla desde la fenomenología¹⁹ cuya culminación está representada por Xavier Zubiri (filósofo español). D. Gracia critica la el planteamiento de Beauchamp y Childress en virtud de la ausencia de una jerarquización entre los principios que enuncian en el *Informe Belmont.*, aunque su pensamiento ha evolucionado a lo

19 La fenomenología es una doctrina filosófica que estudia la Teoría de los fenómenos o de lo que aparece. En sus orígenes su máximo exponente fue el filósofo J.H. Lambert, quien realizaba un estudio acerca de las apariencias. En la modernidad surge en Alemania en el siglo XX con Edmund Husserl (su principal discípulo fue Martin Heidegger), el Diccionario de la Real Academia Española le atribuye este método filosófico a Husserl que, partiendo de la descripción de las entidades y cosas presentes la intuición intelectual, logra captar la esencia pura de dichas entidades, trascendente a la misma consciencia. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=fenomenología>

largo de sus escritos utiliza una metodología deliberativa basada en valores. Diego clasifica los cuatros principios en dos clases²⁰:

Ética de Mínimos

De nivel 1 (como nivel público) lo constituyen los principios de “no maleficencia” y “justicia” y los establece como una **ética de mínimos**, la cual se puede exigir de manera coercitiva. Corresponde a la ética del deber y de lo correcto y corresponde al Derecho (mediante la participación del Estado). Son los mínimos exigibles para una convivencia de manera pacífica para no caer en lo inhumano. Atiende al principio de universalización (debe aplicarse a todos los seres humanos sin distinción).

Los principios de “no maleficencia” y “justicia” son influencias que el autor tuvo de un principio general correspondiente a la corriente del filósofo Ronald Dworkin que establece **que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto**, es decir; que cuando estos no se cumplen se hace daño a la sociedad y en consecuencia se comete una injusticia, si ese daño se aplica en la vida biológica, se vulnera el principio de no maleficencia.

Adela Cortina²¹, es otra filósofa española que habla acerca de lo JUSTO como un valor universal. Los problemas se tienen que arreglar (en los casos bioéticos aplica de igual manera puesto que son dilemas que se tiene que resolver). Expone como ejemplo: el problema del hambre, es un **Deber Moral/Obligación Moral**. La justicia es exigente, la virtud suprema, virtud del ciudadano que quiere ser feliz y que reclama a las instituciones que sean justos.

La “ética mínima” como término se hace referencia a la reflexión dentro del ámbito de la filosofía práctica que pretende la construcción de una moral, (...) proporciona respuesta a las exigencias de la sociedad secular, proponiendo los mínimos axiológicos y normativos compartidos por la consciencia de una sociedad pluralista, desde lo que cada quien deber tener plena libertad para hacer sus ofertas de máximos y desde que los miembros de esa sociedad pueden tomar decisiones morales com-

20 Diego explica su Principalísimo jerarquizado fundamentalmente en dos obras. Cfr. su libro Guillén, Diego Miguel Gracia, Procedimientos de decisión en ética clínica, Eudema Universidad, 2ª ed., 2007 y su artículo Cuestión de principios en L. Feyto (edt). Estudios de bioética, Madrid, 1997.

21 Cfr. Cortina Adela. Ética Mínima. Introducción a la filosofía práctica, Editorial Tecnos, Madrid, 2000.

partidas en cuestiones de ética aplicada; en otras palabras, es una ética que basada en la comunicación interpersonal y en el consenso sobre unos mínimos exigibles trata de funcionar éticamente una sociedad plural.²²

Ética de Máximos

De nivel 2 (como nivel privado) lo constituyen los principios de "autonomía" y "beneficencia" y los establece como una **ética de máximos**, la cual depende del sistema de valores de cada persona. Corresponde a la ética de la felicidad y de lo bueno. Son los mínimos exigibles para una convivencia de manera pacífica para no caer en lo inhumano. Atiende al principio de particularización (debe aplicarse específicamente a cada ser humano, atendiendo su individualidad, su exigencia es subjetiva).

La justicia y la felicidad tienen dos polos en la moral y en la ética: *"Una institución alta de moral es la que está intentando ser justa y además tiene ciertas nociones de ¿Cómo se podría ser feliz?"*

En palabras del propio Diego: *"la no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos"*. Se ha expuesto de manera muy breve y para los efectos académicos del presente trabajo, el desarrollo de la fundamentación de la Bioética en la óptica de Diego Gracia (mediante su propuesta de "ética de máximos, "ética de mínimos")²³, se escogió este autor en particular, en virtud de ser uno de los mayores referentes para el tema que nos atañe y de gran impacto e influencia en el análisis de la Bioética en América del Sur.

22 Véase al efecto la definición de ética mínima en el Diccionario de Filosofía Latinoamericana del Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe (CIALC) de la UNAM, Disponible en: http://www.cialc.unam.mx/pensamientoycultura/biblioteca%20virtual/diccionario/etica_minima.htm

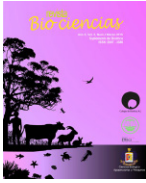
23 Para una mejor visión de ejemplo de aplicación práctica de la propuesta de Diego Gracia, véase al efecto un artículo del Dr., Jorge Álvarez Díaz titulado: Ética de mínimos y ética de máximos en el tema de los embriones criopreservados.

CONCLUSIONES

- a) El acelerado desarrollo de las tecnologías en las ciencias de la vida ha generado un fuerte estímulo para el fomento y consolidación de la Bioética en nuestro país y el mundo entero, este exponencial crecimiento de conocimiento científico está aquí, está ahora y no podemos ignorarlo.
- b) El reto para los juzgadores mexicanos en casos bioéticos puede traducirse en la búsqueda de la sincronización por una parte el "ser científico" con el "deber ser" ético y con el "poder hacer" normativo.
- c) La Bioética sin duda alguna tiene sus raíces en la reflexión filosófica, los jueces deben resolver los casos bioéticos con conocimiento acerca de las corrientes filosóficas que fundamentan la Bioética, éstas pueden orientar a los juzgadores mexicanos en la toma de decisiones judiciales y elegir la que mejor se adapte a las características del caso en concreto.
- d) Conuerdo con la postura del filósofo español Diego Gracia de que el método a implementar en el campo de la Bioética es: **La Deliberación**, él ha expresado: *"que la Ética en general, y la Bioética en particular, tienen y no pueden no tener por método la deliberación. La Bioética es deliberativa. O mejor aún, la Bioética es, deber ser, tiene que ser una escuela de deliberación"*.
- e) En una sociedad civil plural, las reflexiones bioéticas deben tener en cuenta la "ética de mínimos" y "ética de máximos". En primer lugar habrá que ver cuáles son los mínimos éticos que pueden ser asumidos por la sociedad en general, de manera que tales normas éticas se convertirán en obligatorias para los ciudadanos (*deberes perfectos*). Sobre esa ética de mínimos, cada cual individualmente puede marcarse unos niveles éticos superiores (ética de máximos), pero siendo conscientes de lo que yo me puedo exigir a mí mismo no puedo exigírselo a los demás. Se trata, por tanto, de unos *deberes imperfectos*. (Morán, 2006).

LITERATURA CITADA

- Atienza, M. 1999. Juridificar la bioética. Pp. 77. En: Vázquez, R. comp. Bioética y derecho: fundamentos y problemas actuales. México: Ed. ITAM-FCE.
- Beauchamp, T. L., Childress J. F. 1989. Principles of biomedical ethics. 3a edición. Estados Unidos: Ed. Oxford university press, 200pp.
- Bompiani, A. 1992. Bioetica in Italia: lineamenti e tendenze. Italia:Ed. Dehoniane, 400pp.
- Caballero, J. F. 2006. La teoría de la justicia de John Rawls. *Iberóforum* 2(2): 1-22.
- Carpí, D. 2011. Bioethics and biolaw through literature. Alemania: Ed. Walter de Gruyter, 1pp.
- Cassell, E. J. 2000. The principles of the Belmont report revisited: How have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine? *Hastings Center Report* 30(4): 12-21.
- Clotet, J. 1993. El modelo utilitarista en la construcción y desarrollo de la bioética. *Télos* 2(2):101-124.
- Escobar-Picasso, E., Escobar-Cosme, A. L. 2010. Principales corrientes filosóficas en bioética. *Boletín Médico Hospital Infantil* 37(3): 196-203.
- Flores-Trejo, F. 2004. Bioderecho. México: Ed. Porrúa, 57pp.
- Gómez-Lobo, A. 2009. Fundamentaciones de la Bioética. *Acta bioethica* 15(1): 42-45.
- Gracia, D. 1989. Fundamentos de Bioética. Madrid: Ed. Eudema, 576pp.
- Hume, D. 2012. A treatise of human nature. Estados Unidos: Ed. Courier Dover Publications, 455pp.
- Hutcheson, F. 1753. An Inquiry into the Original of our Ideas of Beauty and Virtue. 5a edición. Londres: Ed. Ware, 310pp.
- Jonsen, A. R., Toulmin, J. The abuse of casuistry: A history of moral reasoning. California: Ed. University of California Press, 300pp.
- Kant, I. 1996. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Ed. Santillana, 51pp.
- Lukac, M.L. 2007. Fundamentos Filosóficos de la Bioética Contemporánea. En: <http://www.ancmyp.org.ar/user/files/1.%20Lukac.pdf> última consulta: 10 de agosto de 2014.
- Morán, L. G. 2006. De la bioética al bioderecho: libertad, vida y muerte. Chile: Ed. Universidad Pontificia Comillas, 11pp.
- NCPHSBBR (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research). 1978. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. En: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html> última consulta: 10 de agosto de 2014.
- Potter, V.R. 1971. Bioethics: Bridge to the future: Estados Unidos: Ed. Prentice-Hall, 1pp.
- Rawls, J. 2009. A theory of justice. Massachusetts: Ed. Harvard University press, 519pp.
- Reale, M. 1997. Teoría tridimensional del Derecho. Madrid: Ed. Tecnos, 5pp.
- Reich, W.T. 1978. Encyclopedia of bioethics. Nueva York: Ed. Free-Press, 5pp.
- Rendón-López, A. 2012. Bioderecho como investigación interdisciplinario: una respuesta jurídica. *Amicus Curiae* 4(6): 1-21.
- Sagols, L., Pérez-Tamayo, R. T. 2005. Eutanasia: hacia una muerte digna. *Dilemata* 1(1): 113.
- Schotsmans, P. T. 2005. Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies. *Acta Bioethica* 11(1): 37-46.



On culture, art and bioethics De la cultura, el arte y la bioética

Julia Ventura Basto

Universidad Autónoma de Nayarit, Unidad Académica de Medicina, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo",
Tepic, Nayarit. C.P. 63155. E-mail: julesisima@gmail.com

El arte se define como una virtud, disposición y habilidad para hacer algo; y también, como una manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros (DRAE, 2001).

La humanidad desarrolló el uso del arte como un medio de representación, haciendo uso de diversos recursos, visuales, orales, escénicos, musicales, literarios o plásticos, para realizar actividades y/o crear productos, con la finalidad de expresarse; es el medio para poder comunicar pensamientos, ideas o emociones (sentimientos), de la visión ya sea individual o colectiva de lo que le rodea, de la realidad o de la imaginación. Probablemente comenzó con un motivo mágico, religioso o de rito, como una cuestión estética, de decoración u ornamental, y aunque aún es usado con esos motivos, con el paso del tiempo ha adquirido funciones en un sentido más complejo, de tipo social.

- Al ser un ser social, el ser humano, conjunta conocimientos, creencias, actividades, comportamientos; también, proporciona las pautas de conducta de la sociedad donde se desenvuelve; hace uso de medios materiales, para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo; y es precisamente a lo que se le conoce como cultura: al conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc (DRAE, 2001).

Wassily Kandinsky, pintor ruso en su obra literaria *De lo espiritual en el arte* menciona que

cualquier creación artística es hija de su tiempo y, la mayoría de las veces, madre de nuestros propios sentimientos. Igualmente cada periodo cultural produce un arte que le es propio y que no puede repetirse (Kandinsky, 2012).

Así pues, el arte, como una actividad creadora del ser humano, es un componente de la cultura, que varía según la época, el movimiento, o la sociedad; transmitiendo ideas y valores, de cualquier espacio y tiempo, reflejando sustratos sociales y económicos, desarrolla productos (las llamadas obras de arte) con el fin de expresarse.

La bioética como disciplina que se encarga de integrar a la biología, la ecología, la medicina, y los valores humanos, como Van Rensselaer Potter sugirió, unir los campos de la ética y de la biología, creando "puentes" (vínculos) que permitan al hombre sobrevivir ante las amenazas que el progreso trae consigo (Potter, 1971).

Se puede definir a la bioética también, como el estudio sistemático de las normas y acciones morales de todos los individuos relacionados con las ciencias de la vida y la atención a la salud, mediante un enfoque metodológico interdisciplinario, se preocupa por la vida, la salud, el bienestar de los seres humanos y de todos los seres vivos, incluyendo animales y plantas. Procura el desarrollo de las diferentes regiones de la tierra sin dañar el medio ambiente. Y se interesa en los derechos de los grupos humanos vulnerables: las mujeres, los niños, los ancianos, los pobres (García *et al.*, 2009); gracias a su enfoque interdisciplinario se puede conjuntar diferentes disciplinas científicas y culturales, y entre ellas el arte.

El arte tiene muchas funciones diferentes, puede representar cosas existentes, pero también puede construir cosas que no existan. Trata de cosas que son externas al hombre, pero expresa también su vida interior. Estimula la vida interior del artista, pero también la del receptor. Al receptor le aporta satisfacción, pero puede también emocionarle, provocarle, impresionarle o producirle un choque. Como todas estas son funciones del arte, no puede ignorarse ninguna. Pero tampoco puede el arte reducirse a ninguna de estas funciones de forma aislada. El arte es una actividad

humana, no un producto de la naturaleza. Además es una actividad consciente, no un reflejo o producto del azar. Hay muchas clases de acciones humanas, algunas se deben a ciertas causas, otras se adoptan para conseguir ciertos propósitos (Tatarkiewicz, 2001).

El mundo se esta transformando rápidamente, la globalización, ha alcanzado muchos sectores, el tecnológico, el económico, las comunicaciones, y entre todo ello el cultural también. En 1970 en un artículo publicado con el título de “*Bioética, la ciencia de la supervivencia*”, Potter escribió:

La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del ser humano y la mejoría de su calidad de vida, -el conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social- (Pérez, 2007).

El ser humano posee la capacidad no sólo de adaptarse al entorno en que se desenvuelve, sino que también posee la capacidad de adaptar al entorno de acuerdo a sus necesidades. Y es este proceso donde se debe de tener mayor cuidado, porque no sólo se trata de modificar al entorno de la manera que mejor le funcione al ser humano, sino también de saber que consecuencias tendrá el hacerlo, tener el conocimiento de a que otros seres vivientes se afecta y como se les afecta.

De ahí la necesidad de hacer uso del mejor recurso de expresión que posee la humanidad: el arte.

Muchos ejemplos se pueden mencionar donde es muy clara la relación entre la bioética y el arte, el ejemplo, tal como lo plasma Jorge Linares sobre el escrito de Susana Carapia en “Frenkestein o “el sueño de la razón produce monstruos”: algunas consideraciones sobre la bio-artificialidad humana”:

plantea con mucha agudeza a partir de frankenstein de Shelley una visión crítica de los proyectos biotecnológicos actuales que pugnan por la reconfiguración del ser humano y de otros seres vivos (González y Linares, 2013).

El ejemplo anterior bajo un contexto literario, y en un contexto pictórico se puede ver en los murales del pintor Diego Rivera, quien fue famoso por plasmar obras de alto contenido social en edificios públicos.

O también bajo un contexto de aplicación de terapia (de tanatología), cuando los padres que dudan que sus hijos sean conscientes de que sufren una enfermedad terminal, si miraran los dibujos que hacen y poemas que escriben sus hijos durante su enfermedad, se darían cuenta de las emociones y necesidades del niño a través de los símbolos y colores expresados en ellos; por ejemplo para niños menores de 5 años hay que fijarse en los colores, si predomina colores oscuros se demuestra enojo, y si predominan los colores pasteles demuestra paz, y es así como las expresiones artísticas muestran el sentir de los niños en el momento de sufrimiento, enfermedad y muerte (M Hamill, 2009).

La cultura direcciona la forma cómo el ser humano entiende el mundo, a sí mismo y, cómo actúa en este contexto. Cualquier transformación consistente y duradera en la sociedad pasa por la cultura. No se puede considerar el desarrollo sin las variables culturales de las comunidades; no es posible la existencia de procesos exitosos sin un componente de identidad fuerte que estimule y vertebré el potencial de iniciativas de una comunidad. Así, la cultura es la forma en que las personas deciden vivir juntas, es la sensación de cohesión social basada en los valores y creencias compartidas, lo que plasma el desarrollo humano individual. Si la gente vive bien junta, si coopera de manera de enriquecerse mutuamente, amplía sus opciones individuales. De esta forma, el desarrollo humano se preocupa no sólo por la gente como individuos sino además, por la forma en que éstos interactúan y cooperan en las comunidades (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2011).

Las expresiones culturales son, quizá, la mejor manera de reflejar a identidad de una comunidad determinada, es a través de lo que en la actualidad se denomina industrias culturales y creativas, que estas expresiones son materializadas, son traducidas en palabras, música, colores o formas; para colocarlas al alcance del mayor número de personas posible. La supervivencia y la resignificación de las identidades sociales, (aquellas características que hacen que cada sociedad sea única y diferente), están estrechamente ligadas a la capacidad de “re-crear” su cultura en una dinámica de equilibrio entre tradición e innovación. Se posibilita un gran enriquecimiento cultural sobre la base del conocimiento de la propia cultura y de las culturas de los demás, orienta el desarrollo de los sectores culturales y creativos para que sus objetivos no se enfoquen exclusivamente a una lógica de rentabilidad económica o mercantil, sino que

incluyan, además, otros igualmente valiosos de carácter cultural y social tales como la libertad de creación y la promoción de la diversidad. Las políticas públicas así concebidas, tomando en cuenta los intereses de los sectores más débiles o desprotegidos, procuran incluir a los segmentos más informales y vulnerables del sector dentro de una lógica de lucha contra la pobreza. El papel de estas industrias culturales y creativas ha sido reconocido de maneras diversas, ya que han elaborado, a lo largo de los últimos diez años, un amplio abanico de políticas y estrategias de fortalecimiento y crecimiento de los sectores de audiovisual, música, edición, artesanías y diseño, entre otros. Se poseen una gran riqueza cultural que podría materializarse a partir de mitos, leyendas, ritmos, danzas y otras expresiones culturales y creativas. Este potencial es la base para iniciar un proceso de transformación productiva (UNESCO, 2011).

En palabras del Subdirector General de Cultura UNESCO Francesco Bandarin:

En los últimos quince años, la UNESCO se ha empeñado en demostrar el papel de la cultura en los procesos de desarrollo, tanto como un sector de actividad económica y social, como un factor transversal clave para lograr otros objetivos en educación, salud o gobernabilidad. Hoy la prioridad es poner en práctica esta visión y generar una masa crítica de experiencias, conocimientos y datos que demuestren de manera irrefutable la contribución de la cultura al desarrollo. Las industrias culturales y creativas, hacen uso del arte para luchar contra la pobreza, generando externalidades positivas en el ámbito social (UNESCO, 2011).

En 2005, la Conferencia General de la UNESCO adopta la Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales. Por primera vez un tratado internacional toma en cuenta los procesos y efectos de la globalización y reconoce la doble naturaleza de los bienes y servicios culturales. Entre sus objetivos, figura favorecer la emergencia de sectores culturales dinámicos en los países en desarrollo a través del fortalecimiento de las industrias culturales. Este enfoque de favorecer la participación activa de los países de economías emergentes e intermedias, pero también de países menos avanzados en los beneficios de la globalización, fortaleciendo sus sectores culturales y creativos, entronca con la labor y prioridades de la UNESCO (UNESCO, 2011).

Cada uno de estos proyectos -y hay una infinidad de ellos en todas las regiones del mundo- evidencia que la economía creativa está mejorando los medios de subsistencia en los países en desarrollo a nivel local. Amplía las propuestas destinadas a explotar las enormes posibilidades de la economía creativa a nivel local como medio para promover nuevas modalidades y experiencias del desarrollo. La economía creativa no es sólo uno de los sectores de la economía mundial en más rápida expansión, sino que es también un sector altamente transformador en términos de generación de ingresos, creación de puestos de trabajo y fomento de las ganancias obtenidas de la exportación. En la ciudad de Pikine (Senegal), demuestra cómo la industria cultural y creativa funciona, la asociación Africulturban ha creado una academia de hip hop ("Hip Hop Akademy") que enseña a los jóvenes de la localidad grafismo y diseño digital, producción de música y vídeo, dirección de actividades de promoción y marketing, y cómo llegar a ser un DJ, además de impartir clases de inglés. Este innovador programa está ayudando a los jóvenes profesionales del sector creativo a desenvolverse con mayor eficacia tanto en el mercado local como en el mundial, ambos en constante evolución artística y tecnológica (UNESCO, 2013).

Otro ejemplo lo proporciona la Comisión Interamericana de Cultura de la Organización de los Estados Americanos, creando un paquete herramientas de trabajo en el que presentan cuatro innovadores programas de arte y cultura desarrollados en las Américas, además de información sobre sus antecedentes. Reconocen el arte y la cultura como elementos importantes a la hora de diseñar estrategias para reducir la violencia y estimular la inclusión social. Pero, ¿cómo puede una conducta agresiva alterarse mediante unas clases de música o la creación de un grupo de teatro? Y por otro lado, ¿existen otros métodos eficaces para reducir la violencia?; se han identificado varias estrategias que parecen reducir el comportamiento agresivo en los jóvenes y que pueden realizarse a través de programas artísticos y culturales (OEA, 2011).

CONCLUSIONES

El arte utilizado más allá de la mera estética, sino con un enfoque bioético, puede beneficiar de muchas maneras, como se muestra en los ejemplos citados, principalmente como una manera de expresión, que refleja el sentir de la persona que crea la obra artística, o también el crear programas o industrias culturales y creativas que hagan uso del arte para mejoras en la

sociedad, o bien, el simple hecho de impulsar el arte, puede traer consigo:

- desarrollo artístico, cultural y patrimonial a las comunidades,
- promoción al artista, a su obra, a la comunidad y su cultura,
- integración de la economía, la cultura y el derecho; al generar empleo, y un sentido de valores e identidad,

- impulso de la creatividad e innovación como potencial de producción,
- contribución en el desarrollo de la confianza social,
- transformación de espacios urbanos,
- generación de nuevas políticas que incluyan el arte como estímulo para el desarrollo.

LITERATURA CITADA

- Cano, G.A., Bonet, L., Garzón, A., Schargorodsky, H. 2010. Políticas para Creatividad Guía para el desarrollo de las Industrias Culturales y Creativas. 1a. edición. Argentina: Ed. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO, 9-15 pp.
- DDHEC. 2011. Hacia una cultura de la no violencia: El rol de las artes y la cultura: Paquete de trabajo. [Fascículo]. Ed. Oficina de Educación y Cultura / DDHEC, Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral, Organización de los Estados Americanos, 2-8 pp.
- DRAE. 2001. Diccionario de la lengua española. En: <http://www.rae.es/> última consulta: 15 de febrero 2015.
- García, H. Limón, L. 2009. Bioética General. 1a. edición. México: Ed. Trillas, 19 pp.
- Linares, J. E. 2013. Diálogos de bioética Nuevos saberes y valores de la vida. 1a. edición. México: Ed. FCE, UNAM, FfyL, 19 pp.
- Hamill, E.M. 2009. Tanatología y Bioética: ante el sufrimiento humano. 1a. edición. México: Ed. Corinter, 300pp.
- Kandinsky, W. 2012. De lo espiritual en el Arte. 17ª edición. México: Ed. Coyoacán, 116pp.
- Pérez, R., Lisker, R., Tapia, R. 2007. La Construcción de la Bioética. 1a. edición. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 17 pp.
- Potter, V. R. 1971. La Bioética: Un puente hacia el futuro. Nueva Jersey: Ed. Prentice Hall, 200pp.
- Tatarkiewickz, W. 2001. Historia de seis ideas, Arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética. 6a. edición. Madrid: Ed. Tecnos, 63-65 pp.
- Ulloa, C. 2011. Guía metodológica para el desarrollo de planes municipales de cultura. 2ª edición. Valparaíso: Ed. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, Gobierno de Chile, 12 pp.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2013. Informe sobre la economía creativa [Fascículo]. Paris: Ed. UNESCO, 9 pp.



Bioethics, euthanasia and thanatology

Bioética, eutanasia y tanatología

Olivia Basto Rosales

Universidad Autónoma de Nayarit, Academia de Bioética, Boulevard Tepic-Xalisco S/N, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit. C.P. 63155 . E-mail: oliviabasto@hotmail.com

La bioética es una disciplina que principalmente tiene como misión el cuestionar racionalmente y con argumentos las acciones, procedimientos y dilemas que se presentan actualmente con respecto a la vida humana y a la no humana los cuales se han estado presentando principalmente a partir del siglo XX, esto por lo evolucionado de la ciencia y tecnología, y además aunado a esto, en cierto modo estamos en una era de globalización que han condicionado a una población mercantil y consumista, dando como resultado los trastornos que se ha causado a los seres vivos y al medio ambiente, y probablemente se vive tan de prisa que se olvida que la vida del ser humano es pasajera, y que es necesario que se tenga conciencia de lo importante que es la vida, pero una vida buena y digna, así como estar inmersos y rodeados de un entorno que nos permita vivir y disfrutar el medio ambiente de la mejor manera; además tener en cuenta que somos seres vivos mortales y como todo ser vivo algún momento tiene que tener un fin, y hablando de los seres humanos, es importantes estar consciente que los humanos se tienen que ir preparando durante toda la vida, para cuando se acerque el final de la vida, es humano y natural que se quiera vivir, pero dejar de vivir es algo complejo, y todavía más si no nos atrevemos a pensar en que la vida tiene fin y tocar el tema del final de la vida o de la muerte, es complicado, será porque implica dolor, dolor que la mayoría de las veces es en el paciente, dolor a sus familiares o a personas cercanas y en muchas ocasiones el morir implica cuestiones legales y económicas.

En 1970, en un artículo publicado con el título de "**Bioética, la ciencia de la supervivencia**", Potter escribió:

La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el "conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social-podría llamarse "la ciencia de la supervivencia", y sería un prerrequisito para mejorar la calidad

de vida. ¹Y por tanto el término de Bioética excluye cualquier referencia a normas éticas trascendentales y a principios religiosos o dogmas autoritarios e intenta de ser de interés para todo el público y por tanto secular, como corresponde a una sociedad plural, en la que se respetan todas las creencias se rechaza la imposición de cualquiera de ellas sobre las demás (Pérez, et al., (2007).

Precisamente son muchas las situaciones en las que intervienen múltiples factores para que gran parte de la humanidad no cuente con calidad de vida y que se respete la dignidad, escribir sobre la bioética, eutanasia y la tanatología tiene la importancia porque los tiempos han cambiado y actualmente la relación médico-paciente ha cambiado, ahora existen los derechos y obligaciones de los pacientes y en varios Estados la "Voluntad Anticipada", que es el principio de darle la autonomía a los pacientes terminales o que se encuentran en el final de la vida.

Mucho de lo que se debe aprender en la escuela de medicina no se encuentra ni en los libros, ni en las revistas, ni en las clases de los maestros. Sensibilidades innatas del ser humano como la capacidad de mirar, escuchar o significar la voz del otro, en este caso, la del paciente, son atributos de la profesión y valores imprescindibles en los cuales se sustentó, se sustenta y se deberán seguir sustentando las partes fundamentales del médico (Kraus, 2011).

Es cierto que muchos de los temas que trata la Bioética tiene que ver con temas que son de ética médica como la relación médico-paciente, también es cierto que los temas de la ética médica, están incluidos en la bioética, esto porque tiene que ver con las relaciones de los seres humanos, su dignidad y su respeto.

Los límites de la vida y la medicina son mirados bajo la lupa de la libertad y analizados gracias a ideas proporcionadas por la ética laica (Kraus, 2011).

Hablar de Bioética, Eutanasia y Tanatología, no es cosa sencilla, creo mas bien que es complicado, primeramente porque a pesar de que se acuñó la palabra Bioética hace más de treinta años, aún en la actualidad a la Bioética como tal es incomprendida y no se le ha dado la importancia global que debe de tener, si bien se trabaje para que se investigue y se planteen estrategias y acciones que ayuden a mejorar las múltiples problemáticas de los cuales se tiene que hacer reflexión y discusión argumentada y las cuales atañen a la bioética, y un tema que por sí misma es complejo y difícil de manejar es el tema que engloba el final de la vida, en donde intervienen principalmente médico-paciente y además las personas que giran en torno al enfermo, también tiene que ver con su cultura, la sociedad, las leyes y es por eso que son los temas del final de la vida son causa de múltiples conflictos, dilemas y debates.

La muerte es la última fase de la vida y como tal debe ser considerada parte integrante de ella y la ciencia, con todos sus alardes no ha podido modificar este hecho y en su búsqueda sin sentido de lograr lo más cercano a la inmortalidad en este mundo, sólo ha conseguido aumentar la angustia y la desilusión ante lo que no se puede cambiar (García *et al.*, 2009)., específicamente al fin de la vida y más especialmente a la eutanasia, podemos mencionar que el progreso médico desde el siglo XX hasta la actualidad ha generado técnicas terapéuticas que extienden las posibilidades de sobrevivencia de muchos pacientes terminales, lo que tan solo hace unas décadas la ciencia consideraba progresos irreversibles y rápidos. En esta inteligencia, uno de los problemas más graves de la extensión y calidad de la asistencia médica del paciente grave o agónico es el hecho de que la terapéutica prolonga el proceso, en muchos casos irreversible, mediante el uso de recursos extraordinarios o desproporcionados, a veces con gran costo de sufrimiento. Frente a los enfermos incurables, aparece la llamada medicina paliativa como una forma de atender a los enfermos desahuciados. La medicina paliativa reconoce que el enfermo es incurable y dedica toda su atención a aliviar sus padecimientos mediante el empleo de los recursos científicos y técnicos propios de la ciencia médica, pero cuyo efecto, más allá de buscar el alivio del enfermo, muchas veces implica prolongar innecesariamente el proceso irreversible de la muerte (Pérez *et al.*, 2007).

La eutanasia, concepto que en un debate sería sobre el "derecho a una muerte digna" sólo es posible si se hace un uso correcto de las palabras con que se lo construye, la palabra "eutanasia" es la que exige una mayor clarificación terminológica y conceptual, dado el abuso al que ha sido sometida (Simón, 2008).

Eutanasia, tiene diversas definiciones, se mencionaran solamente tres:

1. Según John Harris, eutanasia es aplicar la decisión de que la vida de una persona en particular llegue a su fin antes de lo que habría podido ocurrir. Es decir, es la decisión de poner fin a una vida que podría prolongarse (Pérez *et al.*, 2007).
2. Peter Singer, es la práctica que se aplica para matar a personas que padecen enfermedades incurables y que sufren grandes dolores o angustia, con el propósito de evitarles sufrimiento innecesario (Pérez Tamayo *et al.*, 2007).
3. Eutanasia es el acto o método que aplica un médico para producir la muerte, sin dolor de un paciente, a petición de éste, para terminar con su sufrimiento (Pérez *et al.*, 2007).

Un debate serio sobre el "derecho a una muerte digna" sólo es posible si se hace un uso correcto de las palabras con que se lo construye (Simón, 2008).

Existen dos formas de eutanasia, la pasiva y la activa, en la primera "se deja de hacer", es decir, se le retiran al enfermo paulatinamente los apoyos técnicos y farmacológicos para permitirle que fallezca "más rápido". En la eutanasia activa el doctor, tras escuchar en más de una ocasión la solicitud del enfermo para precipitar su muerte, y después de obtener consenso con un colega que avale la condición terminal del enfermo, usualmente por cáncer o por la imposibilidad de mejorar la salud debido a otras patologías, le suministra al enfermo medicamentos para finalizar su vida (Kraus, 2011).

Quienes aceptan el suicidio aseveran que el individuo es dueño de su vida y que puede, si lo desea, ser participe en el proceso de su muerte. El suicidio y la eutanasia son brotes distintos, aunque, el suicidio asistido es parte del universo de la eutanasia.

En Oregon, Estados Unidos, desde 1999, se permite el suicidio asistido tras arduas discusiones. En el suicidio

asistidos los médicos que comulguen con la práctica de la eutanasia tienen la opción de suministrar a enfermos terminales, o a pacientes que no tienen posibilidades de curarse, los fármacos adecuados para que el interesado se suicide cuando lo considere pertinente, en el lugar que elija y acompañado por las personas que lo deseen (Kraus, 2011).

Calidad de vida, dignidad y autonomía son conceptos que siempre deben tenerse en cuenta cuando se ejerce la medicina, pero sobre todo cuando la vida del afectado está seriamente amenazada (Pérez *et al.*, 2007).

Las enfermedades asociadas a la vejez, algunas enfermedades mentales, el cáncer, las innovaciones tecnológicas que pueden prolongar indefinidamente determinados padecimientos, y el principio de que el ser humano es autónomo son semillas para pensar en la eutanasia (Kraus y Cabral, 2000).

Enfermedad y muerte no deben ser responsabilidad exclusiva de los médicos, la sociedad moderna truncó valores y se alejó de la muerte, la mayoría de los enfermos cuya situación económica lo permite, fallecen en hospitales, solos y alejados de los suyos, si bien el deceso no es un acto placentero, para quien acompañó, para quien vivió y "se vivió", es un periplo que construye y que deja huellas imperecederas. Para quien fenece al lado de los suyos, el tránsito final puede ser menos tortuoso y los últimos recuerdos de los supervivientes menos dolorosos, a la mayoría de los pacientes terminales les preocupan cuestiones no triviales, a menudo evadidas por familiares y médicos, desean que se les acompañe y se les permita hablar de sus angustias y temores; el dilema fundamental es acoplar las nuevas tecnologías a las preguntas éticas correspondientes ¿hasta cuándo seguir? ¿Qué es vida? ¿Qué significa dignidad?, los pacientes terminales deben conocer, en la medida de lo factible, su situación y los desenlaces posibles. Deben de ser partícipes de algunas decisiones médicas y la familia debería aglutinarse en su derredor (Kraus y Cabral, 2000).

El hablar de tanatología es tan importante como hablar de lo que gira en torno a la vida misma, así tenemos que la tanatología tiene como objetivo fundamental curar el dolor de la muerte y la desesperanza en el ser humano que padece; ambos son los sufrimientos más devastadores que existen (M Hamill, 2009).

La tanatología gira en torno a la muerte, antes y después, ayuda en el momento en que se encuentra el ser humano en el final de la vida, apoyando a los familiares y personas dolientes cercanas, para las personas que entran en duelo es importante el apoyo de la tanatología, que lo único que pretende es ayudar y consolar a los dolientes (llámese así a las personas que sufren el dolor y sufre las consecuencias por la pérdida de un ser querido).

La palabra "tanatología" proviene del griego *thanatos*, nombre que se daba a la diosa de la muerte en la mitología griega. Por lo tanto se ha definido a la tanatología como: "Disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte" (M Hamill, 2009).

La Palabra "Tanatología" referida como "ciencia de la muerte", fue acuñada en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, la consideraba una rama de la medicina forense: la muerte y lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal (M Hamill, 2009).

Hoy, el concepto mencionado se sigue usando, en México, la tanatología se conoce como la disciplina desarrollada por la doctora Elisabeth Kübler-Ross para ayudar al paciente y a su familia a afrontar el momento de la muerte y llegar a la resolución del duelo con el menor dolor emocional.

La doctora Elisabeth Kübler-Ross es considerada la pionera de la tanatología. En la década de 1960 estudió los fenómenos emocionales que acompañan a los enfermos terminales durante el proceso de muerte y propuso esta disciplina, que ayuda a los enfermos terminales o en fase terminal a afrontarla (García *et al.*, 2009). Como se observa, la tanatología gira en torno al final de la vida y lo que conlleva, es decir intenta ayudar en el manejo de las emociones dolorosas, y que pueden iniciar desde antes del fallecimiento, o posterior al deceso como ocurre cuando se presenta la muerte de forma inesperada y que también recibe el nombre de duelo.

CONCLUSIONES

La eutanasia es, y será un dilema para la sociedad actual, y es respetable las diferentes formas de pensar, si tomamos en cuenta todo lo que gira en torno a ella, como son los valores personales de los ciudadanos, sus valores culturales, la sociedad, las leyes, la familia, y, ¿dónde queda la voluntad del

paciente? Considero que la mayoría de la población ni siquiera por su mente piensa sobre la eutanasia, probablemente porque no se ha educado a la sociedad sobre la importancia que tiene hablar sobre la muerte o por lo menos que piensan sobre el final de la vida. a la eutanasia es un procedimiento que la mayoría de las personas ni siquiera por sus mentes ha pasado.

La eutanasia debe de ser un derecho del paciente que esté en el final de la vida con algún padecimiento que le cause sufrimiento de tal magnitud que desee la muerte, aunque no sea enfermedad terminal y por supuesto los enfermos en etapa terminal por padecimientos oncológicos y que solicite la eutanasia; Y luego se tiene otro problema ¿Por qué el médico es el que aplicaría la dosis? Probablemente porque es a él al que el paciente le confiaría o le pediría la ayuda para el bien morir, además sería el más indicado, porque es el que conoce al paciente y conoce los medicamentos.

Y la tanatología debe de difundirse y dar a conocer este procedimiento para ayudar con el sufrimiento que causa el duelo; con respecto a la Tanatología, para mí es importante esta disciplina porque las personas que se dedican o expertos a la tanatología, están capacitados para manejar el “antes” y “después” de la muerte, principalmente el duelo, que en muchas ocasiones es devastador, y puede ser prolongado, porque afecta física, emocional, y económicamente, porque el dolor a veces nunca se supera, a menos que estés en manos de alguien que te entiende y te ofrece todos los medios para ayudar, lo mejor que tienen es comunicación con el enfermo y al igual que los médicos con sus pacientes, no engañar a los pacientes ni familiares sobre el padecimiento y sus dudas.

Y termino concluyendo que la bioética está directamente relacionada con éstos temas del final de la vida, los cuales son controvertidos, pero con educación y “poniéndose en los zapatos del paciente”, sería diferente, y pensar en ayudar a terminar con su sufrimiento, sería dejarlos ir con amor.

LITERATURA CITADA

- García-R., Limón, L. 2009. *Bioética General*. México: Ed. Trillas, 197pp.
- Kraus, A. 2011. *Cuando la muerte se aproxima*. México: Ed: Almadía, 300pp.
- Kraus, A., Cabral, R. 2000. *La bioética*. México: Ed. CONACULTA, 350pp.
- M Hamill., E. 2009. *Tanatología y Bioética: ante el sufrimiento humano*. México: Ed Corinter, 300pp.
- Pérez Tamayo, R., Lisker, R., Tapia, R. 2007. *Construcción de la Bioética*. México: Ed. FCE, 250pp.
- Simón Lordaa, P., Barrio Cantalejob I. M., Alarcos Martínez, F.J., Barbero Gutiérrez, J., Couceirod A. y Hernando Robles, P. 2008. *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. *Temas de Bioética*, Rev Calidad Asistencial 23(6):271-85



Creating embryos, pluripotent stem cells and basic science

Creación de embriones, células troncales pluripotenciales y ciencia básica

Yolanda Durán Ortega

Universidad Autónoma de Nayarit, Maestría en Salud Pública, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Boulevard Tepic-Xalisco S/N, Tepic, Nayarit. C.P. 63155. E-mail: duranyoly@gmail.com

A lo largo de la historia, los científicos han estudiado las causas de las enfermedades y desarrollado tratamientos. Las células troncales, también llamadas células madre o progenitoras se plantean como una estrategia terapéutica para reparar o reemplazar el tejido dañado, revertir una enfermedad o lesión, por ejemplo en diversas enfermedades como diabetes mellitus, cáncer, reconstrucción de tejidos en quemaduras, reparación de epitelio corneal, padecimientos cardiovasculares y en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Huntington, esclerosis lateral amiotrófica y esclerosis múltiple (Jaime, 2007; Sánchez-Sánchez, 2012).

La ciencia básica en el campo de la biomedicina produce información que nos hace conocer mejor un fenómeno aunque su aplicación práctica no sea inmediata, pero al hacerlo, el conocimiento es generador de nuevo conocimiento, es decir, se producen descubrimientos.

En el área de la investigación biomédica, el de las células troncales es un tema controversial debido a cuestiones éticas relacionadas con su origen y utilización. Esto se inicia en la década de los sesenta del siglo XX en Toronto, con la demostración de la existencia de células troncales con capacidades multipotenciales, por Till y McCulloch. En los años setenta en Inglaterra, Edwards y Steptoe lograron el desarrollo normal de óvulos humanos fecundados *in vitro* por espermatozoides también humanos y al alcanzar una etapa compatible con su supervivencia y desarrollo normal se depositaron en el útero previamente condicionado para permitir su implantación y crecimiento (la primera "bebé de probeta" 1977). Fue en 1998 que Thompson y colaboradores a partir de embriones humanos cultivados hasta alcanzar el estado de blastocisto (96-120 horas) con propósitos reproductivos, aislaron varias líneas celulares con propiedades teóricamente de dar origen

a todos los distintos fenotipos celulares que componen a un organismo adulto. Se permitió establecer algunas de las características esenciales de las células troncales embrionarias mantenidas en cultivos estables haciendo posible el estudiar distintos aspectos del proceso de diferenciación celular e inicialmente han sido aprovechadas en investigaciones con fines terapéuticos en muy diferentes situaciones patológicas como lo es la medicina regenerativa del rescate de patologías del sistema nervioso (Muñoz y Concha, 2012), siendo investigaciones pioneras las de los japoneses Takahashi y Yamanaka (Pérez, 2011; Lavaut-Sánchez K, 2010).

El uso de las células troncales embrionarias humanas ha tenido dificultades médicas y técnicas como la formación de tumores, incompatibilidad inmunitaria y costo elevado, otras de carácter ético como es su obtención (embriones humanos "sobrantes" de fecundación *in vitro* o los producidos específicamente para dicho fin) pues ello implica su destrucción (Sánchez-Sánchez, 2012; Zurriarán, 2008; Lacadena, 2005), por lo que la investigación con dichas células genera un importante debate científico y ético.

Es necesario definir y conceptualizar algunos aspectos relacionados con el inicio de la vida humana pues dependiendo de ello, los dilemas éticos al respecto de la investigación con embriones y su abordaje en el marco jurídico pueden cambiar y ser determinantes.

CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO HUMANO

El ciclo del desarrollo humano se inicia a partir de una célula – el cigoto – formado por la fecundación de dos gametos (óvulo y espermatozoide) que ocurre en la trompa de Falopio, a las 36 horas el embrión ya de 2 células (blastómeros) inicia camino hacia el útero, a las 60

horas el embrión es de 4 células y a los 3 días lo constituyen 6-8 células. Al cuarto día ya de 16 células – la mórula – todavía *totipotentes* forman un grupo compacto que continúa la división hasta 32-64 células, del 5-7 días las células continúan su división y alcanzan aproximadamente un número de 100 – blastocisto - creando una cavidad central (blastocelo) y formando una capa externa (trofoblasto que originará la placenta y membranas extraembrionarias) que rodea a un grupo de 20-30 células pegadas a la pared interior (masa celular interna – MCI - o embrioblasto). Las células de masa celular interna son *pluripotentes*. Entre los días 7 y 8 se inicia la anidación, al final de la segunda semana termina esta, dando lugar la masa celular interna al disco embrionario que contiene 2000 células apareciendo la línea primitiva. En la tercera semana el proceso de gastrulación transforma el disco bilaminar en trilaminar (ectodermo, mesodermo, endodermo) creciendo el embrión hasta 2,3 mm de longitud empezando a aparecer los primordios que originarán los principales órganos. Al final de las 8 semanas el embrión contiene ya la forma prácticamente completa del nuevo individuo (Pérez, 2011).

CLASIFICACIÓN DE LAS CÉLULAS TRONCALES SEGÚN SU POTENCIALIDAD

Por célula troncal se entiende cualquier célula que tiene doble capacidad: de dividirse ilimitadamente y de dar lugar a diferentes tipos de células especializadas. De acuerdo con esta segunda capacidad se pueden dividir en totipotentes, pluripotentes y multipotentes (Sánchez-Sánchez, 2012; Lavaut-Sánchez K, 2010; Anzaldúa, 2007; Flores y Paniagua 2006):

Célula totipotente, es la célula troncal que tiene la capacidad de diferenciarse en el embrión, en tejidos y membranas extraembrionarias, es capaz de dar lugar a un individuo completo tras un proceso de desarrollo normal. En el embrión humano parece ser que solamente los blastómeros hasta el estadio de mórula de 16 células son totipotentes.

Célula pluripotente, es la célula troncal que puede generar todos los tipos de células en el feto (aproximadamente 200 tipos distintos) y es capaz de autorrenovación, no son capaces de desarrollarse en un organismo completo. Dentro de esta categoría encontramos a las embrionarias (presentes en la MCI del blastocisto), germinales embrionarias, del teratocarcinoma y adultas o inducidas (Jaime, 2007; Zurriarán, 2008).

Célula multipotente es la célula troncal presente en los tejidos y órganos adultos que tiene una capacidad limitada de reactivar su programa genético como respuesta a determinados estímulos que le permiten dar lugar a algunos pero no a todos los linajes celulares diferenciados. En ocasiones se utiliza el término plasticidad como equivalente a multipotencia.

Desde el punto de vista científico, la utilización de las células troncales pluripotenciales de la MCI del blastocisto puede llevar a conocer el por qué dicha célula se diferencia hacia determinado tipo celular (identificación completa de las líneas celulares) y facilitar el establecimiento de cultivos de tejidos aplicables en una terapia celular.

CIENCIA BÁSICA Y CÉLULAS TRONCALES EMBRIONARIAS

Las investigaciones en células provenientes de blastocistos humanos se han desarrollado con los siguientes fines (Anzaldúa, 2007; Flores y Paniagua 2006):

- Desentrañar los enigmas de la biología fundamental del desarrollo
- Posibilitar el cultivo de líneas celulares diferenciadas específicas destinadas a estudios farmacológicos y ensayos toxicológicos
- Utilizar células troncales en terapia génica
- Producir líneas celulares específicas para la terapia celular, regenerativa y el trasplante terapéutico

Las células troncales embrionarias pueden obtenerse esencialmente de 3 fuentes Lacadena, 2005; Flores y Paniagua 2006):

- De la masa celular interna (MCI) de embriones producidos por fecundación *in vitro* (FIV) con el único propósito de obtener cultivos de tejidos
- De la MCI de embriones “sobrantes” de programas de FIV
- De la MCI de embriones somáticos obtenidos por técnicas de clonación mediante transferencia de núcleos (clonación no reproductiva con fines terapéuticos): la técnica consiste en transferir el

núcleo de una célula somática diferenciada al citoplasma de un oocito previamente enucleado, convirtiéndolo así en el equivalente de un cigoto que puede iniciar un proceso de desarrollo embrionario normal. Sin embargo, el destino de este embrión no es el de ser transferido al útero de una mujer para dar lugar tras la gestación al nacimiento de un individuo clónico de la persona a quien perteneciera la célula somática donadora del núcleo, sino el de mantenerlo en el laboratorio durante un tiempo máximo de catorce días a partir del momento de la transferencia del núcleo y utilizar sus células troncales pluripotentes para tratar de establecer en el laboratorio determinados cultivos de tejidos u órganos, método idóneo para evitar el rechazo inmunológico del trasplante al facilitar un autotrasplante.

PERSONA HUMANA, ¿EN QUÉ MOMENTO DEL DESARROLLO INTRAUTERINO?

Algunas respuestas a problemas éticos y jurídicos relacionados con la utilización de embriones humanos en la investigación biomédica dependen de como sea determinado el estatus del embrión. Es importante definir cuando el producto de la fertilización empieza a ser persona humana y por lo tanto sujeto de derechos como tal.

Persona humana es un ser dotado de razón, consciente de sí mismo y poseedor de una identidad propia que posee principios y valores como lo son: la libertad, la autonomía y la intimidad; pero en ocasiones el ser humano no ejerce en todo momento estas funciones propias del ser humano (cuando dormimos, estamos bajo anestesia, en coma) y seguimos siendo humanos pero sin actuar como personas, entonces lo que caracteriza al humano es su corporeidad, es decir, el cómo está organizado el conjunto y de esto se derivan sus funciones (Hernández, 2007; Vélez, 2003).

En el campo jurídico, persona significa sujeto de derecho, aquel que posee la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos. En el artículo seis de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece el reconocimiento de su personalidad jurídica (CINU, 2014).

Es de distinguir entre el embrión implantado y el que no lo está, el estatus moral o jurídico del embrión humano no equivale al de una persona adulta o al de un feto o al de un embrión implantado. Antes de la implantación en el útero

materno, el embrión existe pero aún no es incorporado a ese "otro" ser que es la madre, no ha iniciado aún su condición de "ser en relación", un rasgo que humaniza la vida y es indispensable para su desarrollo posterior (Darío, 2009), existe vida humana pero no es suficiente para considerar la existencia de un ser humano.

Las células del organismo humano tienen vida, pueden permanecer así fuera del organismo del que formaron parte como por ejemplo, en un órgano trasplantado, también poseen el genoma humano completo y podrían dar origen a un organismo completo por el método de clonación reproductiva. Pero no por el hecho de estar vivas y tener el genoma humano, son seres humanos, esto también se debe aplicar a los tejidos y órganos, ejemplo de lo anterior serían el óvulo y espermatozoide ¿son medias personas? y la extirpación de órganos o tumores ¿sería matar a millones de personas? (Tapia 2009).

El cigoto, una célula totipotencial y el embrión humano preimplantado poseen todo el genoma humano y no por ello se debe argumentar el considerarlos como personas. Antes del día 14 después de la fecundación el embrión aún se puede dividir y dar lugar a gemelos idénticos por lo cual durante ese periodo no es posible hablar incluso de individualidad.

Desde el punto de vista científico, la persona es resultado del desarrollo ontogénico cuando alcanza la etapa de autonomía fisiológica – la viabilidad fuera del útero materno – y cuando su sistema nervioso ha adquirido la estructura y funcionalidad necesarias para percibir estímulos nociceptivos, adquirir conciencia y autonomía, lo que sucede entre las semanas 22 y 24 de gestación por lo que biológicamente antes, no puede ser considerado como persona (Tapia,2009b).

ASPECTOS ÉTICOS

El ser humano en la actualidad tiene a su disposición técnicas y conocimientos con los cuales puede realizar muchas acciones benéficas para la humanidad, pero no todas son así, por ello debemos preguntarnos ¿puedo hacer esto? y ¿debo hacerlo?.

Con la técnica de creación embrionaria se trata de utilizar las células de la MCI del blastocisto para establecer cultivos de células diferenciadas con la consiguiente destrucción del embrión. Desde el punto de vista ético

parece que es mayoritaria la posición contraria a la creación de embriones para este fin, sin embargo cuando se trata de embriones “sobrantes” de la FIV la reflexión ética puede variar.

La creación de embriones humanos que se realiza con fines de investigación terapéutica es mediante la transferencia del núcleo de una célula adulta a un óvulo enucleado, lo cual se denomina “clonación terapéutica”. Esta técnica se ha referido como poco eficiente y requiere un elevado número de óvulos humanos que se obtienen por donación de pacientes en tratamiento de infertilidad o de mujeres que venden sus óvulos con el concomitante riesgo de la hiperestimulación ovárica a que son sometidas para lograr la donación.

Las células derivadas de la clonación terapéutica son adecuadas para la investigación básica (González, 2005), desarrollando las líneas celulares con dotación genética elegida. Se han desarrollado estudios en modelo de ratón pero esto tiene el inconveniente de que no es trasladable a los humanos por lo que es obvio que se necesita usar como material óvulos humanos (Beca, 2007; Mayani y Lisker 2007). Sin embargo, debe haber datos en modelos animales convincentes acerca de un potencial biomédico y demostrarse que se carece de alternativas que supongan riesgo y molestia para mujeres donantes y/u otros individuos que pudieran estar involucrados en las investigaciones.

Ya que no hay disponibilidad suficiente de óvulos para los proyectos de investigación se recurrió a la técnica de transferir núcleos somáticos humanos a óvulos de vaca o de conejo, generando un embrión híbrido al que se llama “híbrido citoplasmático”, estos no son viables y no están destinados a la transferencia a una mujer (Beca, 2007), sin embargo generan rechazo al argumentar la creación de “monstruos” interespecies y vulnerar la dignidad humana. También se argumenta que más que un avance científico es un exceso de manipulación del inicio de la vida y su aceptación sería una apertura para aprobar la generación de quimeras con fines aún desconocidos (López, 2007).

Existen ya, líneas de investigación avanzadas en la reprogramación de células somáticas (convertirlas en pluripotenciales) y en la producción de embriones híbridos: la transferencia nuclear avanzada, que significa una modificación genética del núcleo transferido y la reprogramación asistida del oocito, lo anterior con el fin de obtener una entidad a la

que llaman “artefacto biológico” que no puede considerarse un embrión y que permitiría la generación de líneas celulares pluripotenciales (Besio, 2012).

Sin embargo, la justificación para el uso de las células troncales embrionarias es su mayor plasticidad en relación a las somáticas inducidas. Existe coincidencia entre los expertos que trabajan con células troncales en cuanto a que la mejor y más rápida vía de obtener conclusiones fundamentales y con fines terapéuticos acerca de los procesos de diferenciación celular es una investigación comparativa de todos los tipos de células troncales. La precisión y rigor de los conocimientos del desarrollo embrionario y de las células troncales es esencial para definir modelos celulares sobre los cuales estudiar la enfermedad, disponer de terapias y avanzar en el estudio de su potencial para reemplazar células de tejidos afectados por la enfermedad (López, 2009).

En base a la última acotación realizada y la conceptualización de persona humana en párrafos anteriores podemos establecer una postura ante la creación de embriones humanos para obtener células troncales pluripotenciales. Sabemos con toda claridad que es un embrión, por lo que no debería existir inconvenientes para el empleo de células de la MCI del blastocisto y con ello generar el conocimiento requerido a través de la ciencia básica en este campo de la biomedicina, pues es necesario para lograr avanzar hacia la búsqueda de terapias específicas para enfermedades crónicas incurables de curso progresivo y gradual que afectan la autonomía y la calidad de vida del enfermo evolucionando invariablemente hacia la muerte a mediano plazo.

Si predomina el pensamiento de que la ciencia manipula el inicio y fin de la vida humana sin un objetivo determinado para realizar un acto en bien de la humanidad, estaríamos obstaculizando este tipo de investigación e se impediría encontrar alternativas de tratamiento para muchas enfermedades que hoy son incurables.

A este respecto es de señalar que la libertad de investigación deriva de la libertad de pensamiento, y constituye uno de los derechos humanos incorporados en la Declaración Universal de los mismos (CINU, 2014) pero casi sin excepciones, la actividad científica puede y debe estar sujeta al control de la sociedad cuando están en juego valores o garantías más importantes que la libertad de investigación.

El retardar el avance de la investigación que tiene objetivos claros afecta también el derecho de los pacientes a la salud, a la vida y el campo de las células troncales no es la excepción, se estudian fundamentos de la biología humana como reprogramación celular, el cultivo de células y tejidos para tratamientos adecuados, esperando que a mediano y largo plazo quede evidenciado el progreso en la terapia de enfermedades degenerativas hasta ahora incurables.

DISPOSICIONES LEGALES, PANORAMA MUNDIAL

La investigación en seres humanos ha inquietado a la sociedad y a los estudiosos de la ética médica y por esto se han escrito diversas normas.

El primer código fue el Código de Nuremberg redactado en 1949; luego la Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki en 1964 la cual ha sido revisada en 2008 y en esta se establecen las normas generales básicas para la investigación médica lo mismo que para la experimentación biomédica clínica y no clínica (González, 2012; Medina, 2011).

Las legislaciones en relación a la investigación con células troncales fluctúan entre una falta de previsión normativa, la utilización de embriones bajo ciertas condiciones y a la prohibición absoluta.

Austria y Polonia tienen un esquema normativo restrictivo que prohíbe cualquier tipo de investigación con embriones para obtener células troncales. En Alemania e Italia las legislaciones son permisivas pues posibilitan la investigación con líneas celulares embrionarias ya existentes, pero prohíben la generación de éstas y la destrucción de embriones. En Brasil, Francia y Canadá las políticas públicas son moderadas pues permiten la obtención de células troncales de embriones que han sido desechados por clínicas de fertilización asistida (González, 2006).

Australia, Japón, Singapur y Reino Unido disponen de marcos legislativos flexibles o liberales pues aceptan la creación de embriones para fines de investigación ya sea por transferencia nuclear celular o fecundación *in vitro*, mediante la autorización de los comités especializados. En España los embriones crioconservados hasta por 5 años pueden ser utilizados para investigación y en el 2007 se legalizó la producción de embriones por clonación (Germán, 2009; Sarawatari, 2006). En Estados Unidos de Norteamérica está

limitado el apoyo federal para investigar con líneas celulares de embriones supernumerarios donados y se tipifica como delito cualquier forma de clonación humana (Germán, 2009).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha condenado todas las formas de clonación y considera prohibitivo el estudio con células troncales, esto bajo la resolución 59/280. La Organización de las Naciones Unidas, para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) con la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997, establece que no debe permitirse la clonación con fines de reproducción de seres humanos, considerando aceptable la clonación de células como técnica (Sarawatari, 2006; UNESCO, 2014).

En México, el Reglamento para la Investigación en Materia de la Salud (1987) tiene la facultad de prever y generar políticas adecuadas para el tratamiento de temas relativos a la infertilidad y la creación de embriones para fines terapéuticos, como lo es la reproducción asistida, desconociendo su destino y uso final (González, 2006).

La Ley General de Salud en el área de la biomedicina, en el Título Decimocuarto relativo a Donaciones, Trasplantes y Pérdidas de Vida se establece que el control sanitario de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos estará encomendado a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). En nuestro país se realizan investigaciones con células troncales adultas solo con las normas marcadas por los institutos de investigación que albergan los proyectos (González, 2006).

Se determina también que la Secretaría de Salud promoverá en todo establecimiento de atención obstétrica, la solicitud a toda mujer embarazada de su consentimiento para donar de manera voluntaria y altruista la sangre placentaria para obtener de ella células troncales o progenitoras para usos terapéuticos o de investigación, por medio de una carta de consentimiento informado, estableciendo que el registro de los trasplantes de células progenitoras o troncales estará a cargo del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

La discusión se ha concentrado en la protección jurídica del embrión humano, en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) a través de una sentencia final que contiene el análisis respecto de la protección constitucional a la vida del no nacido asumió que el embrión se reconoce y protege después de la decimosegunda semana de gestación, sugi-

riendo que a partir de ese momento será protegido jurídicamente (González, 2006).

México es uno de los países sin legislación en investigación con células troncales, por lo que se necesita una normatividad para evitar abusos y fraudes en relación a este campo, siendo la comunidad científica la que enfatiza la necesidad de un marco legal en la ciencia de las células troncales embrionarias adoptando una legislación permisiva que facilitaría el avance científico y se traduciría en beneficios para la salud y desarrollo económico de la nación.

CONSIDERACIONES FINALES

Este es un campo sensible en cuanto a que está implícito el control del inicio de la vida, deberá aplicarse la pertinencia del camino elegido para la investigación que excluya a otros procedimientos alternativos. Toda investigación deberá ser reglamentada por la autoridad administrativa que compete e idealmente conformada por especialistas reconocidos en el ámbito científico, ético y jurídico.

Considero que una postura principialista pone en riesgo la continuidad de las investigaciones que se están llevando a cabo actualmente en muchos países, menoscabando los avances en este campo de la biomedicina y contribuiría a la desesperanza de muchos pacientes con enfermedades crónicas, especialmente las neurodegenerativas; además ya se han expuesto los conceptos y razones que a nuestro criterio justifican un trato diferente al embrión preimplantado y al implantado.

Es evidente que las investigaciones en ciencia básica son indispensables ya que el fundamento del conocimiento y las respuestas obtenidas a las preguntas derivadas de ello no pueden retrasarse y solo se revelarán a través de un proyecto de investigación con el rigor científico necesario.

La postura utilitarista al respecto de la creación de embriones para su aplicación en la ciencia básica debe basarse en el principio básico de “el mayor bien para el mayor número

de personas”, aunado se encuentra el concepto del razonamiento calculado a las consecuencias de la acción como el criterio del juicio moral.

Si está definido el concepto de embrión humano en todas sus etapas y el de persona humana, el balance de las consecuencias que se produce con estas investigaciones determina la bondad de la acción. Por ello haciendo un balance precisamente al respecto de la clonación terapéutica donde los óvulos de las mujeres deben ser obtenidos con riesgos inherentes para ellas y el gran número necesario para dicha técnica, la sugerencia es valorar el uso del banco de gametos femeninos (oocitos) para la aplicación de la clonación terapéutica, claro está cubriendo todos las normas éticas y legales que correspondan a la investigación con seres humanos vinculadas a la biomedicina y la biotecnología.

Otra alternativa que se propone para evitar el menoscabo de gametos femeninos obtenidos *in vivo* de mujeres donantes o en criopreservación, y derivado de esto la actividad comercial, es el de continuar apoyando la línea de investigación de las células somáticas inducidas, pero para ello se debe concretizar en cada uno de los países las legislaciones pertinentes para el avance del conocimiento en este campo. También apoyamos la acción de disponer de cigotos fertilizados *in vitro* y en criopreservación que no serán destinados con fines de reproducción, dado la mayoría de ellos literalmente “se irán a la basura”, desde luego que esto debe estar reglamentado jurídicamente con inclusión de todos los aspectos éticos correspondientes a la investigación con seres humanos.

La historia de la humanidad ha demostrado que el conocimiento científico es la base del desarrollo tecnológico y factor determinante del progreso y bienestar de la población. Por tal motivo, se espera que exista un marco jurídico en la materia, congruente con las exigencias actuales y futuras de nuestro país. Así es como la búsqueda de solución a los diferentes problemas de la población será de calidad y eficacia con el objetivo primordial de que la investigación biomédica con seres humanos consiga el máximo bien para todos.

LITERATURA CITADA

- Anzaldúa, A.S.R., Juárez M.M.L., Villaseñor G.H., Ríos M.C., Cornejo C.M., Meraz R.M. 2007 ¿qué son las células troncales o células madre?. *Veterinaria México* 38(1):81-104.
- Beca, I.J.P. 2007. Embriones híbridos como fuente de células troncales embrionarias. *Rev Med Chile* 135: 1367-69.
- Besio, R.M. 2012. Los Pseudoembriones. ¿una inteligibilidad en el límite de nuestra inteligencia?. *Acta Bioethica* 18(2):209-19.
- Centro de información de las Naciones Unidas, CINU. 2014. En: <http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/>. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

- Darío, B.S. 2009. Células madre y libertad de investigación. *Rev Bioet* 17(1): 13-28.
Facultad de Medicina, Ciencias y Farmacia. Universidad de Navarra. Declaración Helsinki 2002. En: <http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.html>. Última consulta 21 de marzo de 2014.
- Flores, G.F., Paniagua S.J. 2006. Las células madre embrionarias totipotenciales. *Gaceta Biomédicas* 11(8): 13-4.
- Gazarian, K. 2013. Células troncales pluripotenciales inducidas: herramienta para terapia celular y lucha contra el cáncer. *Ciencia* abril-junio: 66-72.
- Germán, Z.R. 2009. La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1998 a las leyes 14/2006 y 14/2007. *Cuad Bioet* 20(2):155-82.
- González, M.N. 2006. Las células madre o troncales: su itinerario jurídico en México. Pp 247-260. En: González MN. *Bio-derecho, tecnología, salud y derecho genómico*. México D.F: Ed. Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.
- González, T. 2012. Investigación que involucra seres humanos: análisis de las modificaciones de la Declaración de Helsinki. *Biomedicina* 7(2): 15-21.
- González, V.J. 2005. Embrión humano y dignidad humana. Pp 55-76. En: Brena SI. Márquez RR. *Células troncales. Aspectos científicos-filosóficos y jurídicos*. México D.F. Ed. Instituto de investigaciones jurídicas UNAM.
- Hernández, R.P. 2007 Aspectos éticos en el empleo de las células madre. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 23(2): 7-18.
- Jaime, P.J.C., Garza V.I., Ortiz L.R. 2007. Células madre. *Medicina Universitaria* 9(36): 130-40.
- Lacadena ,J.R. 2005.Células troncales y bioética. *Revista latinoamericana de bioética* 9: 1-65.
- Lavaut-Sánchez, K., Hernández-Ramírez P. 2010. Contribución de la genética moderna al desarrollo de la reprogramación celular. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 26(4): 293-305.
- López, M.N. ¿Que hay de nuevo sobre las células troncales?. *Cuad Bioet* 18(3): 367-85.
- López, M.N. 2009. ¿Resucitan al inicio del 2009 las células troncales procedentes de embriones?. *Cuad Bioet* 20(3): 471-85.
- Matthiessen-Guyader, L., Joliff-Botrel G. 2006. Panorama legislativo en Europa sobre investigación con células troncales embrionarias de origen humano. Comisión Europea. Pp 171-82. En: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/mono4/Articulos/articulo12.pdf>. Última consulta: 21 de marzo de 2014.
- Mayani, H., Lisker R. 2007. México, las células troncales y clonación. *Gac Med Mex* 143(1): 1-4.
- Medina-Arellano, MdJ. 2011. Ética, derecho y desarrollo: Desafíos para la consolidación de la regulación de las células troncales en México, en *Derecho, Instituciones y Desarrollo*, Mena C, Robles-Peiro R, Velázquez-Roa JL (comp.) edt. Itam-Porrúa, pp 123-156.
- Muñoz L., Concha M.L. 2012. Células troncales en el desarrollo y las perspectivas de reprogramación celular para la regeneración. *Int J Morphol* 30(4):1343-47.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 2014. En: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Última consulta: 21 de marzo de 2014.
- Pérez, T.R. 2011. Conceptos básicos, estado actual y perspectivas futuras. Pp XXIII-XXIV. En: Pelayo R., Santa-Olalla J., Velasco J. *Grupo mexicano de investigación en células troncales, Programa universitario de investigación en salud. Células troncales y medicina regenerativa*. México, D.F: Ed. UNAM.
- Salamanca-Gómez, F. 2009. Células troncales, cáncer y p53. *Gac Med Mex* 145(5): 441-2.
- Sánchez-Sánchez, R., Velasquillo-Martínez C. 2012. Un panorama general de las células troncales. *Investigación en discapacidad* 1(2): 66-71.
- Sarawatari, Z.G. 2006. Declaración de las Naciones Unidas sobre la clonación humana. Congreso internacional de salud y derecho. Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM. Pp 2-11. En: <http://www.juridicas.unam.mx/sisjur/saldyder/pdf/5-275s.pdf>. Última consulta: 21 de marzo de 2014.
- Tapia, R. 2009. Aspectos genómicos y neurobiológicos de la formación de la persona durante el desarrollo intrauterino. *Revista GIRE* 1: 1-4.
- Tapia, R. 2009. La formación de la persona durante el desarrollo intrauterino desde el punto de vista de la neurobiología. *Bioética* 7: 1-6.
- Vélez C.L.A. 2003. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Pp 164-176. En: Vélez C.L.A. *Ética médica*. Medellín: Ed. Corporación para investigaciones biológicas.

Zurriarán, R.G. 2008. El utilitarismo ético en la investigación biomédica con embriones humanos. *Persona y Bioética* 12(30): 16-28.

LEGISLACIÓN

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Modificación DOF 27-01-2012 En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmcsdotcsh.html>. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

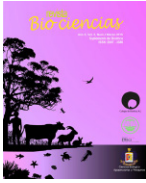
Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud, modificación DOF 19-03-2014. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Estados Unidos Mexicanos. NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Estados Unidos Mexicanos. Reforma a la Ley General de Salud 07-02-2012 En: http://www3.diputados.gob.mx/camara/005_comunicacion/b_agencia_de_noticias/008_2012/02_febrero/07_07/7451_establecen_diputados_normas_juridicas_para_la_donacion_y_conservacion_de_celulas_progenitoras_o_troncales. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Estados Unidos Mexicanos. Reforma a la Ley General de Salud 24-01-2013. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285607&fecha=24/01/2013. Última consulta: 21 de marzo de 2014.

Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes 26-03-2014. En: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5338349&fecha=26/03/2014. Última consulta: 21 de marzo de 2014.



Ethical implications of liver transplants

Trasplante de hígado y sus implicaciones éticas

Ana Rocío Castañón Arteaga

Universidad Autónoma de Nayarit, Maestría en Salud Pública, Boulevard Tepic-Xalisco S/N, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit. C.P. 63155. E-mail: arca1664@gmail.com

Según la Ley General de Salud de México, el término trasplante, se refiere a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo (Ley General de Salud, 2014).

El proceso de un trasplante comienza desde el mismo momento en que las personas son informadas de esta modalidad de tratamiento; la mayoría ven en el trasplante la posibilidad de liberarse de la carga, del sufrimiento, del riesgo de muerte y del sacrificio que representan las experiencias vividas a raíz de la enfermedad y sus tratamientos asociados (Velásquez Ospina, 2005).

El trasplante hepático es una intervención de cirugía mayor sobre un paciente con afectación de uno o varios sistemas orgánicos (Vicente & Montero, 2006). El pionero de este trasplante fue Thomas Starzl, quien en 1963 realizó en Estados Unidos el primer trasplante hepático. En la actualidad la sobrevivencia al año es mayor del 80% y a los cinco años es de 70% (Franco B, 2004).

En todo el mundo se han establecido métodos de valoración, intervención y seguimiento de los pacientes antes y después del trasplante (Velásquez Ospina, 2005). En México son diversas las disposiciones legales a que están sujetos los procesos de donación y trasplante. Según el Registro Nacional de Trasplantes de México, al mes de abril del presente año, 407 personas esperan recibir un trasplante de Hígado y 25 ya lo han recibido (Carreño R., Estadísticas, 2013).

Normalmente los pacientes que requieren trasplante hepático, se registran en un sistema donde son agregados a una lista de espera; las situaciones éticas relacionadas con la designación de receptores del órgano se basan en diversos

criterios médicos, socioeconómicos, psicológicos, etc. En el presente ensayo, se presenta brevemente un caso representativo del dilema ético en cuestión de los receptores de trasplante hepático.

En cuestión de trasplante de órganos, uno de los dilemas es la selección de receptores. Suponiendo que el comité de ética debe tomar una decisión respecto a dos pacientes mexicanos que residen en el país, quienes están en imperiosa necesidad de un trasplante hepático, y que finalmente un hígado está listo para ser trasplantado a uno de ellos: el primer paciente ha estado en lista de espera por más de 5 años (tiene un historial clínico de padecimiento de alcoholismo) y el otro paciente tiene 18 años, es deportista y el mejor promedio de su escuela. ¿Cuál sería la solución más ética? ¿A cuál paciente se le tendrá que trasplantar el hígado?

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes de México (referido más adelante como Reglamento), el receptor candidato es aquel paciente que ha sido aceptado por el Comité Interno de Trasplantes para ser receptor de un órgano, tejido o célula y que ha sido inscrito en el Registro Nacional de Trasplantes, hasta antes de que se le realice el trasplante. (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes, 2014)

Dentro de los criterios para la selección de receptores de órganos, se puede mencionar los siguientes:

- **Compatibilidad:** es el grado de semejanza genética entre los individuos que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría o aquéllos necesarios, atendiendo al órgano, tejido o célula de que se trate y al

avance científico; que prevenga el riesgo de rechazo del órgano, tejido o células trasplantadas.

- Oportunidad del trasplante: es el conjunto de condiciones de tiempo, modo y lugar que permitan realizar un trasplante.
- Urgencia de trasplante o Código 0: es el riesgo inminente de muerte de un paciente, que por su condición de gravedad, su única alternativa de vida es el trasplante de órganos.

(Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes, 2014)

El Artículo 17, del Capítulo I, sobre trasplantes del Reglamento, aclara que una persona será considerada candidata para recibir un trasplante cuando:

- No presente otras enfermedades que pudieran poner en riesgo el éxito del trasplante.
- Tenga una condición física y mental que permita suponer que tolerará el trasplante y su evolución.

(Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes, 2014)

Otro criterio que se utiliza para la asignación de órganos y tejidos es la antigüedad o tiempo de espera de un paciente en la base de datos, aunque es importante recalcar que la Ley General de Salud establece que el tiempo de registro en dicha base es el último criterio que se considera para la asignación de un órgano entre un grupo de enfermos. Los otros criterios son de orden médico y se refieren a la urgencia ante la inminente pérdida de vida y los beneficios esperados (Carreño R., 2012).

El órgano que más se requiere para trasplante es el riñón, seguido de córnea, mientras que el número de pacientes que requieren trasplantes de hígado, corazón y pulmón es mucho menor. En el caso del riñón y córnea el tiempo promedio de espera es entre 24 y 30 meses. En el caso de hígado y corazón los tiempos de espera pueden ser mucho más largos. (Carreño R., ¿Qué tiempo transcurre desde el registro en la base de datos hasta que un paciente recibe el trasplante?, 2012)

Considerando lo anterior, se analiza la situación de los dos pacientes en mención (paciente con historial de

alcoholismo y paciente joven deportista). Es necesario mencionar lo siguiente:

- Respecto al primer caso, según Villatobá y col. Señalan que la mayoría de pacientes volverá a ingerir alcohol, pero que solamente en 5% existirá daño crónico en el trasplante (Vilatobá, Eckhoff, & Contreras, 2005). Sin embargo no se describe si la ingesta es crónica o no.
- También es importante considerar el riesgo de recidiva del alcoholismo como enfermedad (Guevara Casallas, 2005); y que uno de los criterios definidos en el Capítulo I del Reglamento, referido a los candidatos para trasplante, es no presentar una enfermedad que pueda poner en riesgo el éxito del mismo.
- El tiempo de espera en lista, si bien es un criterio a analizar, es uno de los últimos, pues primero es necesario evaluar otras situaciones relacionadas con la vida en sociedad del paciente, etc.
- Respecto al segundo caso, aunque la edad no debe considerarse como predictiva de mortalidad post-trasplante, algunos estudios revelan que la supervivencia a los 18 años es mayor que la presentada en los mayores de 35; al año del trasplante la supervivencia es de 92%, mientras que en pacientes mayores de 35 oscila entre el 82 y 88%, y a los diez años es de 60%, contra 45 a 52% en mayores de 39 años (Dopazo, 2007).
- En el Reglamento se indica que el candidato debe tener una condición física que le permita una adecuada evolución del trasplante, el hecho que el paciente sea deportista puede influir de forma positiva en el cuidado y voluntad de permanecer sano.

POSTURA BIOÉTICA

Realidad pragmática:

Para el Pragmatista, la realidad no se plantea con tanta facilidad como lo hacen los Idealistas y los Naturalistas. La realidad no es idea ni es materia. Sería un error considerar a la realidad como "algo" espiritual o físico. Por el contrario, el Pragmatista cree que la realidad es un proceso. Es más una dinámica de venir-a-ser, que un ser estáticamente fijo. Es cambio, acontecer, actividad, interac-

ción... en pocas palabras, es experiencia. La realidad es mas un verbo que un sustantivo. Debido a que todo cambia, nada puede tener una identidad o una esencia permanente. Un viejo Pragmatista Griego solía afirmar que: "No puedes meterte en el mismo río dos veces". Para el Pragmatista todo es esencialmente relativo. Lo único constante es el cambio. Lo único absoluto es que no hay absolutos. Los Norteamericanos William James y John Dewey son representativos de este enfoque (Vargas-Mendoza, 2008).

ÉTICA PRAGMÁTICA

El Pragmatista cree que las expresiones de valor deben ser evaluadas y probadas en la práctica. En el enfoque pragmático, las cosas tienen un valor neutral en sí mismas. No hay nada que sea siempre bueno o algo que sea siempre malo. De manera que, el Pragmatista considera que los juicios morales no deberían basarse en la acción que se realiza, sino en los resultados de esa acción. Es posible que un Pragmatista sea Pacifista (creyendo que siempre es malo matar), pero, si un Pragmatista en particular pensara que matar siempre es malo, sería porque ese Pragmatista consideraría que matar siempre conduce a peores consecuencias que cualquier otra acción que pudiera ejecutarse y no debido a pensar que matar fuera intrínsecamente malo. El valor de cualquier cosa es determinado únicamente en términos de su utilidad para alcanzar un fin. Al responder a la pregunta ¿Esto es bueno?, un Pragmatista probablemente replicaría ¿Bueno para qué?. La ética pragmática es relativista, es decir, relativa al fin que se persigue. Así, el Pragmatista cree que el fin justifica los medios. Esto es, si algo resulta útil para alcanzar un fin o una meta, entonces es bueno. De tal manera que, para el Pragmatista no hay manera de saber si algo es bueno, hasta que se trata. Aún entonces, solo puede tenerse como algo tentativamente bueno, ya que una cosa es buena mientras continúe funcionando. Lo malo, para el Pragmatista, es lo que es contraproducente (Vargas-Mendoza, 2008).

Puede haber controversia respecto a las alternativas mas eficientes para alcanzar un fin. Como puede haber controversia sobre los fines que deberían perseguirse. De manera que, el Pragmatista busca una guía en el grupo. La realidad es experiencia, pero es la experiencia de todo (el grupo). Para el Pragmatista, el todo es mas que la suma de las partes. Lo que quiere decir que el todo es más valioso que cualquiera de sus partes. Así, en el terreno de los juicios de valor, la sabiduría colectiva del

grupo cuenta con una mayor estima, que la sabiduría de cualquier individuo del grupo. También, un Pragmatista dará fundamento a sus juicios morales en lo que es mejor para el mayor número de personas. Esto significa que el Pragmatista intenta lograr "el mayor bien para la mayoría" (Vargas-Mendoza, 2008).

La ética pragmática no está basada en principios, pero no carece de ellos. La deliberación juega un papel significativo, aunque con un rol diferente al que recibe en otros contextos. La moralidad no busca respuestas absolutas y finales, aún sin ser perniciosamente relativista. Reconoce que las circunstancias pueden diferir y que en diferentes situaciones pueden ser apropiadas diferentes acciones. De manera que no se demanda una uniformidad moral entre toda la gente y en todas las culturas (Vargas-Mendoza, 2008).

Según William James, el pragmatismo es una corriente filosófica que se centra en que lo bueno es lo que da resultados positivos y sirve a los intereses de individuos, grupos o sociedades. Se centra en las consecuencias prácticas de las decisiones, sin importar los debates ideológicos sobre el fondo de la decisión (Escobar Picasso & Escobar Cosme, 2010).

CONCLUSIÓN

El dilema se centra en quien debe recibir el trasplante. Asumiendo una postura ética pragmática, considero que la persona que debe recibir el trasplante es el paciente de 18 años, pues es la persona que tendrá más beneficios esperados, esto considerando que mientras más joven sea, se ha demostrado mayor supervivencia del trasplante, dado que es deportista, se asume que su estilo de vida incluye hábitos saludables como el no consumo de alcohol, dieta adecuada y actividad física, lo que determina su rendimiento como atleta y por tanto su estado nutricional y de salud. Además, su edad le posibilita insertarse en la sociedad como un miembro económicamente activo, tomando en cuenta que para él es más fácil obtener un empleo. En este caso la decisión refleja el mayor bien para la mayoría:

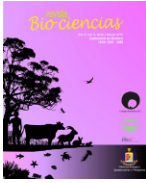
Según Vargas-Mendoza, los hábitos conducen el pasado hasta el presente. Lo que aprendemos y experimentamos no son meros chispazos en una plataforma cósmica; se mantienen hasta el presente, unificado e incorporado en nuestros hábitos. En

este sentido robusto, los hábitos tienen 4 elementos principales: están influidos por nuestras interacciones previas con el ambiente social, no son actos simples sino conjuntos organizados de pequeñas

acciones, típicamente se exhiben en el comportamiento abierto, bajo diversas circunstancias, y aún cuando no se exhiban en forma estándar, siguen siendo operativos. (10)

LITERATURA CITADA

- Carreño, R., D. 2012. El proceso de trasplante: Evaluación médica. México. En: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_proceso_trasplante.html Última consulta: 6 de Junio de 2014.
- Carreño, R., D. 2013. Estadísticas. México. En: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html Última consulta: 6 de Junio de 2014.
- Carreño, R., D. 2012. ¿Qué tiempo transcurre desde el registro en la base de datos hasta que un paciente recibe el trasplante? . México. En: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_tiempo_registro.html Última consulta: 6 de Junio de 2014.
- Diario Oficial de la Federación. 2014. Ley General de Salud. México. En: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php> Última consulta: 6 de Junio de 2014.
- Dopazo, C. 2007. Análisis de la morbi-mortalidad a largo plazo en trasplante hepático. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Escobar, E., & Escobar, A. L. 2010. Principales corrientes filosóficas en bioética. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 67(3): 196-203.
- Franco B, F. 2004. *Gastroenterología y hepatología*. 5ta. edición. Medellín: ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, 331 pp.
- Guevara, L. G. 2005. Cuándo considerar un paciente para trasplante hepático. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(3): 19-25.
- Diario Oficial de la Federación. 2014. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. México. En: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php> Última consulta: 6 de Junio de 2014.
- Vargas, J. 2008. *Ética Pragmática: Lecturas para un seminario*. En: <http://www.conductitlan.net/> Última consulta: 5 de Junio de 2014.
- Velásquez, A. 2005. *Cirugía. Trasplantes*. 1ra. edición. Medellín: ed. Universidad de Antioquia, 588 pp.
- Vilatobá, M., Eckhoff, D., & Contreras, J. L. 2005. Selección del receptor para trasplante hepático. *Revista de investigación clínica*, 57(2): 244-51.
- Vicente, R., & Montero, R. 2006. *Tratado de Trasplantes de Organos*. 1ra. edición. Madrid: ed. Arán Ediciones, 3000 pp.



Hypochondriasis and placebo, their relationship with medical ethics

Hipocondriasis y placebo, su relación con la ética médica

Olivia Arellano

Universidad Autónoma de Nayarit, Maestría en Salud Pública. Boulevard Tepic-Xalisco S/N, Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit. C.P. 63155. E-mail: arellanoly@hotmail.com

Hipocondrio es un sector anatómico localizado a ambos lados del epigastrio; a derecha, aloja al hígado, a izquierda, al bazo. Deriva de las palabras griegas: utro (hipo): debajo de, χονδρος (jondros): cartilago. La palabra hipocondríaco fue mencionada por el médico bizantino Alejandro de Tralles en el siglo VI D.C. (525-605), para referirse al enfermo de "hipocondrios". (Marangoni, 2009) El origen del término hace referencia a una región anatómica, el hipocondrio, situada bajo las costillas y la apófisis xifoideas del esternón, donde según la escuela médica humoral se creía que se acumulaban los vapores causantes de este mal. (Wikipedia Project, 2014 feb12)

Tanto en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) como en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 2010) se clasifica la hipocondría entre los trastornos somatoformes. La característica central de este grupo de problemas es la presencia de síntomas físicos para los que las investigaciones médicas no encuentran una alteración orgánica que pueda explicarlos (Fernández-Rodríguez C, 2001).

CIE-10, F45.2 TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Su característica esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por su apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormales y angustiantes, y habitualmente enfoca la atención en sólo uno o dos órganos o sistemas corporales. A menudo hay depresión y ansiedad marcadas que pueden fundamentar diagnósticos adicionales. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad., 2010)

La forma como las personas con hipocondría piensan acerca de sus síntomas físicos puede hacerlos más propensos a padecer esta afección. A medida que ellos se enfocan y se preocupan por las sensaciones físicas, comienza un ciclo de síntomas y preocupación, el cual puede ser difícil de detener. Es importante darse cuenta que las personas con hipocondría no crean estos síntomas intencionalmente (fingiendo estar enfermas). Ellas son incapaces de controlar los síntomas (Vorvick, 2012).

La hipocondría puede ser secundaria a trastornos de ansiedad, depresión, y trastornos psicóticos. Pero también puede darse en paralelo a éstos. Definir la relación temporal entre los síntomas de hipocondría y otros trastornos mentales es de importancia terapéutica ya que hipocondría secundaria se debe tratar tratando el trastorno primario. Para valorar el nivel de hipocondría también se puede utilizar el «Whiteley Index» o la «Illness Attitude Scales». (Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health, 2005).

No es la emocionalidad negativa per se lo que se asocia a preocupación somática, sino que es la tendencia general a hacer valoraciones de tipo negativo (acerca de uno mismo y de la realidad) y que se asocia a presencia de distrés emocional crónico (Fernández- Marfinez R, 1998).

Estudios han señalado que distintos tratamientos de psicoterapia pueden tener un efecto positivo en la hipocondría. Los ensayos más importantes han sido con terapia «cognitivo-conductual» (TCC). Esta terapia ayuda a los pacientes a corregir las atribuciones falsas que dan a sus síntomas, reorganizar las expectativas y las creencias sobre salud e enfermedad, corregir malentendidos del cuidado médico, modificar la conducta de enferme-

dad desadaptada, y aprender técnicas de distracción y atención selectiva. (Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health, 2005).

En el Índice de Whiteley, contrastes de Helmert en las cohortes por intención de tratar y más completa, revelaron que la combinación la TCC y la paroxetina fue significativamente superior a placebo (Greveen A, 2007)

Los ensayos utilizan sobre todo «Inhibidores de la recaptación de la Serotonina» que se han mostrado útiles en el tratamiento de los trastornos obsesivos. Se ha publicado sólo un ensayo placebo controlado, con fluoxetina, este concluyó que los pacientes tratados fluoxetina mejoraban significativamente comparado con los recibiendo placebo. (Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health, 2005).

Placebo: Sustancia química farmacológicamente inerte que se usa como una supuesta droga o medicamento. El placebo puro es una sustancia química que a las dosis utilizadas es farmacológicamente inerte; se utiliza como un medicamento y revise las características de éste, el cual por influencia psicológica puede producir efectos benéficos (Figuroa-Hernandez., 2004).

Indicaciones: Los placebos se utilizan para atender las exigencias de los pacientes; así mismo con gran tacto y precaución en las enfermedades psicosomáticas y en aquellas que aún no se llega a un diagnóstico de certeza; también se usan en las enfermedades malignas, las toxicomanías y en las fases II y III de la farmacología clínica (Figuroa-Hernandez., 2004).

La mayoría de los pacientes tiende a responder de manera positiva a cualquier intervención terapéutica cuando el personal médico se muestra interesado y solícito y entusiasta. La manifestación de éste fenómeno en el sujeto es la respuesta al placebo, y puede producir cambios objetivos de tipo fisiológico y bioquímico, así como en las quejas subjetivas relacionadas con la enfermedad. La respuesta placebo puede cuantificarse al administrar un material inerte, que tenga la misma apariencia física, olor, consistencia, etc., que la dosis de la forma activa. La magnitud de la respuesta varía considerablemente de un paciente a otro y también puede ser influido por la duración del estudio. También se produce en efectos adversos y “toxicidad” de placebo pero sus efectos suelen ser subjetivos: malestar estomacal, insomnio, sedación, etc. (G.K., 2007).

Un médico prescribe una tableta placebo a un paciente probadamente hipocondríaco. ¿Comete una falta a la ética médica?

Los trastornos psicosomáticos alcanzan una relevancia cada día mayor, debido a los factores de riesgo que se presentan con más frecuencia, entre ellos la ansiedad, la que puede tener una evolución catastrófica en relación al estado emocional de la persona.

Los estudios reflejan el interés del científico por encontrar la forma más eficaz y eficiente para estos padecimientos, así como estimular el desarrollo positivo del pensamiento humano por medio de terapias conductuales y cognitivas que mejoran el estado emocional del paciente. Por otro lado el profesional de la salud debe estar capacitado para atender las necesidades emocionales de los pacientes que presentan estas características somatoformes, tanto en el estado emocional como en el apoyo de laboratoriales para determinar cuándo y porque emplear un tratamiento definido para la causa probable.

Este afán por parte de los investigadores en la materia, nos lleva a analizar hasta donde es ético utilizar el placebo para estos pacientes que se declaran vulnerables ante estos procesos mentales, y en ocasiones niegan su estado emocional entorpeciendo el diagnóstico y por ende las acciones curativas.

Un estudio revela que la prevalencia de la hipocondría en pacientes esquizofrénicos. Los pacientes esquizofrénicos tenían una tasa más alta comorbilidad de TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) (26,6% vs 1-3%) y la hipocondría (20% vs 1%) que la población general. La hipocondría podría representar una característica clínica importante de pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos atípicos, y se necesita más investigación en este campo (Grassi T, 2013)

La hipocondriasis es un trastorno heterogéneo. Esto fue bien demostrado en el estudio de Kellner et al, que mostró que los pacientes con altos niveles de temor de la enfermedad tienden a ser más ansiosos o fóbicos mientras que los pacientes con altos niveles de convicción de la enfermedad tienden a tener más y más graves los síntomas somáticos. Existe poca comorbilidad para apoyar la afirmación de que la hipocondría es un orden del espectro obsesivo-compulsivo. Aunque existen

pacientes hipocondríacos cuyas preocupaciones son idénticas en calidad a los pensamientos intrusivos de pacientes con OCD (Obsesivo Compulsivo Desorden) como un grupo, los pacientes con hipocondría no comparten un perfil de comorbilidad comparable con la de pacientes con OCD (Fallon BA, 2000).

Los análisis nos indican la importancia del padecimiento, mismo que cada vez se vuelven más complejos y con mayor razón se convierte prioridad ya que su detección estriba en la atención primaria de la salud. En el ámbito médico, el primer profesional que tiene contacto con el enfermo debe reconocer el padecimiento desde el momento en que se inicia con el análisis de signos y los síntomas que refiere el mismo, para esto se tendría que corroborar con análisis laboratoriales, si estos resultaran negativos, despierta en el profesional la inquietud de verificar el estado psicológico y su derivación al especialista en el área. Un profesional de atención primaria no debe omitir en el diagnóstico la sospecha de este padecimiento, sería imperativo determinarla manera de referencia a 3er nivel y dar importancia a el malestar del paciente.

a) EL CÓDIGO DE NÜREMBERG

Fue publicado el 20 de agosto de 1947, tras la celebración de los Juicios de Núremberg (entre agosto de 1945 y octubre de 1946). En él se recogen principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos, porque durante el juicio varios de los acusados argumentaron que los experimentos diferían poco de los llevados a cabo antes de la guerra, pues no existían leyes que categorizaran de legales o ilegales los experimentos. El Código responde a las deliberaciones y argumentos por las que fueron enjuiciados la jerarquía nazi y algunos médicos por el tratamiento inhumano que dieron a los prisioneros de los campos de concentración, como por ejemplo, los experimentos médicos del Dr. Josef Mengele.

En abril de 1947, el Dr. Leo Alexander sometió a consideración del Consejo para los Crímenes de Guerra seis puntos que definían la investigación médica legítima. El veredicto del juicio adoptó estos puntos y añadió cuatro más. Estos diez puntos son los que constituyen el Código de Núremberg.

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
2. Resultados provechosos para el beneficio de la sociedad.

3. Los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. Se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori.
6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema.
7. Proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
8. Realizado únicamente por personas científicamente calificadas.
9. El sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo.
10. El científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo en cualquier fase, (Tribunal Internacional de Núremberg, 1946, 2007)

Los hechos que motivaron a la creación de éste código responden a los atropellos cometidos en contra de la humanidad, delimitándose a un grupo racial y religioso de personas inocentes que fueron señaladas por un movimiento social de arbitrariedad e injusticia. La protección del sujeto que se presta para investigación debiera ser parte fundamental de cualquier acto científico, la leyes en concreto deben de proporcionar el fundamento y respaldo para estas prácticas que por un lado tiene resultados benéficos a la sociedad y por otro han sido utilizadas para exterminio de la humanidad.

Un punto importante que ha causado polémica actualmente entre los estados paternalistas nos lleva a la discusión de la autonomía del paciente, que está relacionado con el punto número nueve del código nueve que cita "El sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo" aludiendo a ser participante de un ensayo o experimento científico; en la que también tiene lugar la objeción de conciencia.

Estos términos que se han desarrollado a partir de los casos que se han presentado con el paso del tiempo, agravando el sentido de la discusión con la manipulación de creencias y los derechos del paciente.

Los problemas que ha generado actualmente en los temas de objeción conciencia están relacionados con la salud reproductiva, desde los casos de la interrupción del embarazo, la reproducción asistida, la investigación de células troncales entre otras que han tomado una importancia relevante dentro de la investigación científica.

b) INFORME BELMONT

Creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", y es un importante documento histórico en el campo de la ética médica. El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde el documento fue elaborado.

Límites entre práctica e investigación

- **"práctica"** se refiere a intervenciones diseñadas únicamente para aumentar bienestar de un individuo y que tienen una expectativa razonable de éxito. El propósito de la práctica médica o del comportamiento es brindar diagnóstico, tratamiento preventivo o terapia a individuos en particular.
- **"investigación"** designa una actividad concebida para probar una hipótesis, obtener conclusiones y, a partir de ellas, desarrollar o contribuir al conocimiento. La investigación se describe usualmente en forma de un protocolo que fija un objetivo y delinea una serie de procedimientos para alcanzarlo.

La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de la segunda.

c) PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS

Juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas.

1. **Respeto por las personas:** dos convicciones éticas; que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.
2. **Beneficencia:** asegurar su bienestar: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

3. **Justicia:** "equidad en la distribución" o "lo que se merece" distribuir las cargas y los beneficios. Estas formulaciones son: 1) a cada persona una porción igual; 2) a cada persona de acuerdo a su necesidad individual; 3) a cada persona de acuerdo al esfuerzo individual; 4) a cada persona de acuerdo a su distribución a la sociedad; 5) a cada persona de acuerdo al mérito.

En los Estados Unidos, en la década del 40, el estudio de sífilis de Tuskegee empleó hombres negros rurales, que estaban en situación desventajosa, para estudiar el curso sin tratamiento de una enfermedad que no está confinada a esa población. Estos sujetos fueron privados de un tratamiento comprobadamente efectivo con el fin de no interrumpir el proyecto, mucho tiempo después de que tal tratamiento ya estaba ampliamente disponible.

APLICACIONES

Las aplicaciones de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

1. **Consentimiento informado:** Exige que a los sujetos se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado. Contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.
2. **Valoración de riesgos y beneficios:** Para el investigador significa examinar si el proyecto está bien diseñado; para un comité de revisión es un método para determinar si los riesgos a que estarán sometidos los sujetos están justificados; para los futuros sujetos la valoración ayudará a determinar si participan o no.
3. **Naturaleza y alcance de los riesgos y beneficios:** Los códigos han exigido que los riesgos para los sujetos sean sobrepasados por la suma de los beneficios que se anticipan para el sujeto, si los hay, y el beneficio que se anticipa para la sociedad bajo la forma del conocimiento que se obtendrá con la investigación.

4. **Selección de los sujetos:** La justicia individual en la selección de los sujetos demanda que los investigadores sean equitativos, imparciales, o sea que no ofrezcan la investigación potencialmente benéfica sólo a algunos pacientes a los que favorecen ni se seleccionen sólo personas "indeseables" para investigaciones riesgosas. La justicia social exige que se haga una distinción entre las clases de sujetos que deben y que no deben participar en alguna clase en particular de investigación, basada sobre la capacidad de los miembros de esa clase para soportar las cargas y sobre lo apropiado de imponer cargas adicionales a personas ya abrumadas. (National Institutes of Health, 2003)

Este informe puntualiza detalladamente la manera en cómo se debiera proceder dentro de las prácticas de estudio científico, tanto en ciencia básica como en fase II, III y IV. Los documentos que rigen estas prácticas desarrollan principios en beneficio a la humanidad, que aun habiendo conocido el código de Nüremberg, se cometieron injusticias en la población de Tuskegee Alabama, en un grupo racial que asistía a un hospital de beneficencia, considerado como población vulnerable, a la que para experimento científico no se le proporciona tratamiento para contrarrestar los síntomas de la sífilis, aun habiendo el tratamiento disponible.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012

8.2 El titular de la institución o establecimiento y los Comités en materia de investigación para la salud correspondientes, deben actuar de manera imparcial y objetiva, con apego estricto a los principios éticos y científicos, en todos los asuntos que se desprendan de la investigación que se esté llevando a cabo en sus instalaciones, especialmente cuando se trate de atender las quejas que formulen los sujetos de investigación, por sí o a través de sus representantes legales.

8.4 Toda institución o establecimiento en cuyas instalaciones se realice una investigación, deberá supervisar y garantizar que su desarrollo esté a cargo de profesionales de la salud, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y que los sujetos de investigación no sean expuestos a daños ni a riesgos innecesarios o mayores que los beneficios esperados. (Diario Oficial de la Federación., 2013)

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION

ART.99: En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables se continuarán:

1. Una comisión de ética en caso de que experimenten en seres humanos.
2. Una Comisión de Bioseguridad si se desarrolla investigación que involucre la utilización ionizantes y electromagnéticas, isótopos radiactivos, microorganismos patógenos, ácidos nucleicos recombinantes u otros procedimientos análogos que puedan representar riesgo para la salud, y
3. Una comisión de investigación, cuya integración será obligatoria para las instituciones de atención a la salud y las demás instituciones la conformidad de acuerdo con sus reglamentos internos (Secretaría de gobernación.)

Según este reglamento citado, debe de constituirse una Comisión de Ética, una Comisión de Bioseguridad y una comisión de investigación, todas las mencionadas por separado, siendo que las comisiones descritas necesitan funcionar en intercomunicación para poder determinar sus veredictos en función a las investigaciones que se proponen, resulta complicado separar estos conceptos o actuar el uno sin el otro, ya que deben coexistir para llegar a una regulación seria y efectiva en materia de la protección de la humanidad y avance en la investigación. Esta apreciación resulta del análisis del contexto en el que se desarrollan los comités de bioética, su funcionalidad, discusión, fundamentos y beneficios a la sociedad, siendo que la comisión de Ética, la de Bioseguridad y la de Investigación conformando una misma comisión tendrían mayores resultados, acuerdos y lo que es principal, veredictos congruentes en función de su preparación y criterio, lo que resultara un avance en la "ciencia con conciencia".

CONCLUSIONES

En estos tiempos, el rescate de valores es imperativo para nuestra sociedad, siendo que teniendo una base cimentada en el respeto no habría lugar a tanto dilema ni arbitrariedad en función a la humanidad que está a cargo del profesional de la salud.

En el caso específico de este dilema y con las recomendaciones de lo ya estudiado el no distinguir los signos de alerta para la sospecha de tal diagnóstico no vuelve incapaces de decidir un tratamiento adecuado para la afección.

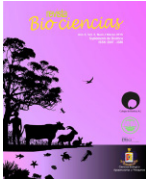
Desde mi punto de vista sería más grave que el decidir un tipo de tratamiento o una referencia a 3er.nivel, pero en consideración a el problema planteado ante todo está el respeto a la vulnerabilidad del enfermo, su estado emocional crítico lo coloca en una posición potencial a agravarse, por tal motivo me parece una falta a la ética el subestimar los síntomas referidos por el sujeto e indicar

tratamiento placebo para su padecimiento, siendo que estudios han revelado que estos padecimientos somatoformes son el inicio o complementos de afecciones graves mentales, mismas que pueden tener consecuencias devastadoras en el paciente.

La corriente filosófica en la que adopto mi postura es el principalísimo, en el que define que los individuos deben ser tratados como individuos autónomos, y las personas con autonomía disminuida deben ser protegidas, misma corriente filosófica precursora del informe Belmont, que define principalmente el respeto a las personas, la autonomía y la justicia.

LITERATURA CITADA

- Bertan, G.K. 2007. Farmacología básica y clínica. 10a edición. México: Ed. Manual Moderno.
- CDC.2013. The Tuskegee Timeline. Public Health Service Syphilis Study at Tuskegee. Center for Disease Control and Prevention. En: <http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm> última consulta: 15 de marzo de 2014.
- Fallon, B.A., Qureshi, A. Laje, T., Klein, B.2000. La hipocondría y su relación con el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psychiatr Clin North Am* 23(3): 605-16.
- Figuroa, H. 2004. Glosario Farmacológico. 2ª edición. México: Ed. Uthea, 150pp.
- Greveen, A. 2007. Cognitive Behavior Therapy and Paroxetine in the Treatment of Hypochondriasis: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of psychiatry*, 164(1): 91-99.
- NCPHSBBR (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research). 1978. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. En: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html> última consulta: 22 de marzo de 2014.
- Marangoni, A. 2009. El Origen de las palabras. Etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista argentina de radiología* 73(2): 149-152.
- MSSSI. 2010. Trastorno Hipocondríaco. Ministerio de Sanidad Servicios de Salud e Igualdad. En: http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F45.2. Última consulta: 18 de marzo de 2014.
- NLM. 2015. Trastorno de ansiedad por enfermedad. En: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001236.htm> última consulta:10 de febrero de 2014.
- Semna, J. 2005. Tratamiento de la hipocondria en la práctica médica primaria. *Avances en Salud Mental Relacional* 4(1): 10-20.
- Starcevic, V. 2013. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. En: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/202/1/7.full.pdf> última consulta: 20 de febrero de 2015.



Do animals give rise to bioethical dilemmas? ¿Dan lugar los animales a dilemas bioéticos?

Eréndira González Orozco

Hospital Civil de la ciudad de Tepic, Nayarit. E-mail: erendira1961@gmail.com

Dice la profesora Silvia Patricia Arias Abad de la Universidad de Guadalajara, en su "Reflexión sobre la entidad moral de los animales no humanos", que aunque la discusión acerca de sus derechos ha estado presente en el ámbito de los dilemas planteados en la ética aplicada, los argumentos proporcionados por los sectores que defienden la existencia de una entidad moral en los animales no han sido lo suficientemente sólidos para establecer criterios que permitan una defensa moral de tales derechos, si es que realmente los poseen. Sin embargo, continúa diciendo la profesora Arias, que es importante que dicha discusión se lleve a cabo por causas filosóficas más que por argumentos de carácter emocional. Comentario que de entrada me parece curioso, porque los animales humanos, somos todo emoción, difícilmente abordamos cualquier tema sin que incluyamos nuestras emociones o vivencias en ellas, aunque algunos sepamos disfrazarlas mejor que otros. Dicho esto, coincido con ella en el sentido de que el trabajo de la ética, respecto a este dilema, sea tratar de proporcionar reflexiones y argumentos que nos lleven a justificar plenamente la relación moral que pudiera existir entre los animales humanos y los animales no humanos, y que esto se haga, en función de analizar las diversas posturas morales que hayan discutido este tema.

En esta sintonía, me encuentro con un libro de Adela Cortina, catedrática de Ética y Filosofía Política en la Universidad de Valencia, en su libro titulado "Las Fronteras de la Persona. El valor de los animales, y la dignidad de los humanos", la autora nos ofrece una panorámica general sobre la situación actual del debate en torno a la consideración moral de los animales no humanos. Sin embargo, como dice Mikel Torres, en la reseña hecha sobre este libro, que la autora no pretende simplemente presentar un mapa de la situación de la ética animalista contemporánea, sino que su objetivo es "...dialogar con algunas de las propuestas filosóficas más relevantes entre las que se oponen a la idea de que los seres humanos son los únicos que

forman parte del núcleo duro de la ética y la política modernas, para llegar a través del diálogo a conclusiones sobre las tres posibles opciones, que la autora considera", estas son: 1) incluimos a los animales no humanos en el núcleo de la ética y la política modernas en pie de igualdad con los seres humanos; 2) o bien los incluimos, pero introduciendo una gradación en la relevancia moral y política de unos y otros; 3) o bien, por último, decidimos dejar las cosas como están por entender que las nuevas propuestas carecen de argumentos suficientes para modificar nuestras creencias".

En este punto de mi reflexión, me parece imposible la primera opción, ya que ni siquiera entre los mismos animales humanos existe igualdad ni ética ni política por más modernos que queramos ponernos. La segunda opción aunque pareciera viable no sería suficiente, esa gradación la mayoría de las veces sería degradación y subordinación, por la especie que se considera a sí misma "superior". La tercera opción sin embargo, es por decir lo mínimo, vergonzante. Ya que como dice Peter Singer³. "Estamos familiarizados con la liberación negra, la liberación gay, y una inmensa variedad de movimientos. Con la liberación femenina, algunos pensaron que habíamos llegado al final del camino. Se decía que la discriminación basada en el sexo era la última forma de discriminación universalmente aceptada y practicada sin fingimientos, incluso en esos círculos liberales que durante largo tiempo se habían enorgullecido de estar libres de discriminación racial. Pero uno siempre debe ser cauteloso si se refiere a la última forma de discriminación que queda".

Ya que a pesar de las diferencias obvias entre los animales humanos y los no humanos, continúa diciendo Singer, compartimos con ellos la capacidad de sufrir, y esto significa que ambos tenemos intereses. Este señalamiento hecho por Singer, sería al menos para mí, suficiente para rechazar la carencia de argumentos para modificar nuestras creencias, si no somos capaces de entender el sufrimiento

de otra especie, por más diferente que nos pudiera parecer, ¿por qué estamos tan seguros de que somos superiores? Si ignoramos, como dice Singer, o no tenemos en cuenta sus intereses basándonos simplemente en que no son miembros de nuestra especie, la lógica de nuestra posición se hace similar a la de los más obvios racistas o sexistas, que piensan que aquellos que pertenecen a su raza o sexo tienen un estatuto moral superior simplemente en virtud de su raza o sexo, y sin respeto por otras características o cualidades. A pesar de que la mayor parte de los humanos pueda ser superior en cuanto al razonamiento y otras capacidades intelectuales respecto de los animales no humanos, esto no es suficiente para justificar la línea que hemos trazado entre humanos y animales. Algunos humanos, continua reflexionando Singer –los niños y quienes tienen severas disfunciones intelectuales– tienen capacidades intelectuales inferiores a las de algunos animales, pero nos sentiríamos escandalizados, y con razón, si alguien propusiera que infligieramos muertes penosas y lentas a esos humanos intelectualmente inferiores con la finalidad de probar la seguridad de los productos que se compran para el hogar. Tampoco toleraríamos, por supuesto, que se los confinara en jaulas pequeñas y que luego se los carneara para comerlos. El hecho de que estemos preparados para hacer este tipo de cosas a los animales no humanos es entonces signo de “especismo”, un prejuicio que sobrevive porque es conveniente para el grupo dominante, en este caso ya no blancos o personas de sexo masculino, sino todos los seres humanos.

Luego entonces, para seguir con la reflexión, adentrémonos un poco más en el libro de la catedrática Cortina, donde la autora analiza los movimientos de liberación animal, enfatizando que, si bien la ética animalista, como disciplina propiamente dicha, surge a comienzos de los años setenta del siglo pasado, la pregunta por el trato que los seres humanos deben dispensar a los animales ha estado presente en todas las culturas y tradiciones intelectuales desde los orígenes de la historia humana, y para beneplácito de la profesora Arias revisaremos la clasificación que hace la autora de las principales corrientes de ética animalista.

PRINCIPALES CORRIENTES DE ÉTICA ANIMALISTA

i. *Las Teorías del Deber Indirecto:*

Es la posición más común entre los autores reacios a aceptar que los seres humanos no

tengamos ningún tipo de deber moral hacia los animales no humanos, pero tampoco desean aceptar que los seres humanos y el resto de los animales merezcan la misma consideración moral. O sea, si pero no, pobrecitos animalitos pero no dejan de ser animales inferiores a nosotros, el super-hombre perfecto, tiene el dominio sobre ellos, algo parecido a lo que pensaban los dueños de los “esclavos”, en los Estados sureños de USA. Como no saben pensar debo protegerlos y pensar por ellos, los cuido, los alimento, pero si tengo una rabieta o simplemente un mal día, puedo patearlos, quemarlos o arrancarles la cabeza, total, son animales.

El hecho de no tener deberes u obligaciones morales directas para con los animales no humanos, sino, considerarlos como una especie de medios para obrar correcta o incorrectamente, nos sitúa, en una especie de semi-dioses otorgando la anuencia para que algunos animales humanos descompuestos abusen de ellos sin ninguna consideración, ya que no habrá ninguna responsabilidad que se les pueda imputar.

Sabemos que no son pocos los abusadores, algunos tienen fuertes argumentos para tal abuso, dizque porque tienen que dar de comer a sus familias etc. El hecho es que quien acostumbra a maltratar animales termina por hacerlo con sus propios congéneres, eso nos convierte como mínimo, en cómplices de una culpa compartida.

ii. *El Contractualismo:*

Desde la postura a favor de los derechos de los animales se ha criticado al contractualismo porque, según interpretan los defensores de los derechos de los animales, dicho contrato solamente pueden acordarlo los seres humanos que cumplan ciertos requisitos previos (autonomía, competencia comunicativa etc.) y, por lo tanto, esto deja fuera de la esfera de la consideración moral directa tanto a los animales no humanos como a los animales humanos incapaces de satisfacer las condiciones necesarias para ser parte contratante. Mikel Torres lo resume de la siguiente manera: se acusa a las teorías del contrato social de egoístas, principalmente porque hacen coincidir a los firmantes del pacto y a los

beneficiarios del mismo. Sin bien es cierto que la misma Cortina reconoce que la idea del contrato social tiene límites importantes, se aventura y da una respuesta a dichas críticas: “La cuestión no es que no merece la pena pactar con los que pueden ser dominados, porque ningún conjunto de seres puede ser dominado”¿?, bien profesora, hasta donde sé muchos animales humanos pueden y de hecho son dominados, aunque puedan entender qué significa una norma y discernir si la encuentran o no aceptable.

iii. ***El Utilitarismo:***

Con relación a estas teorías, donde se considera que los animales merecen igual consideración moral. La autora repasa las ideas utilitaristas generales más comunes, al tiempo que presenta también algunos de los problemas clásicos que deben afrontar este tipo de propuestas: las dificultades para cuantificar experiencias como el placer y el dolor y, por ende, las dificultades para realizar un cálculo más o menos exacto de los costes y beneficios que deben guiar la acción; el reduccionismo a la hora de plantear los motivos del comportamiento humano, etc. ¡¡Dificultades para cuantificar el dolor!!, me parece demasiada ciencia para hacer churros, dolor es dolor, la crueldad con la cual se inflinjanos aleja con mucho de la “humanidad” de la que presumimos. Le aseguro profesora, que cuanto capaban en vivo y en directo a los cerdos en mi rancho, para engordarlos más rápido y por ende la fiesta o venta, era también más rápida. Los sonidos que se escuchaban de estos animales que no sabían de normas y que muy poco les importaba si son aceptables o no, lo único que pedían con esos berridos era que terminaran con su martirio, de cualquier manera, incluso si hablaran pedirían la muerte, como lo hace un animal humano cuando se enfrenta a sus torturadores.

iv. ***El Enfoque de las Capacidades.***

Este enfoque parte de la idea básica de que tanto los humanos como el resto de los vivientes poseen ciertas capacidades, que varían en función de la especie, cuyo desarrollo resultaría imprescindible para que estos seres llevaran una buena vida. ¿Así explicarían los defensores de la tauro-

maquia, las salvajadas que cometen con los toros?, nacen para desarrollar sus capacidades de lidia y tienen una buena vida, la cual culmina en su máximo desarrollo al morir en el ruedo.

v. ***Las Teorías del Valor Inherente:***

Estas teorías sostienen que no son solamente los seres humanos los que poseen valor por sí mismos, sino que, cualquier tipo de ser capaz de experimentar una vida, debe ser también considerado como intrínsecamente valioso. Uno de los mayores problemas a los que debe enfrentar el deontologismo, como señala la autora, es el problema de cómo es posible resolver los conflictos de derechos cuando estos surjan entre seres capaces de experimentar una vida.

Estas teorías incluso para los animales humanos me parecen utópicas, y no sólo porque no considere que cualquier tipo de ser capaz de experimentar una vida, deba ser también considerado como intrínsecamente valioso, que de hecho así lo considero, sino porque, siendo honestos esta “consideración intrínsecamente valiosa” es diferente incluso para los animales humanos, dicha consideración depende de donde nazcan socialmente hablando. Sin embargo, hay países como el UK, donde su población parece tener al menos sus necesidades básicas cubiertas, y han tenido grandes logros para con los animales no humanos.

vi. ***Las Teorías del Reconocimiento Recíproco:***

La filosofía valenciana, afirma que: “La noción de persona tiene relevancia moral, porque reconocemos como persona a quien tiene las capacidades requeridas para la autoconciencia, para el mutuo reconocimiento de la dignidad, para actuar desde la libertad y para asumir su responsabilidad”, si todo esto lo tiene el animal humano porque tiene un cerebro más desarrollado que el animal no humano (aunque muchas veces no lo parezca), entonces estamos de acuerdo profesora, quienes no tengan estas capacidades ni sean capaces de asumir sus responsabilidades, son animales humanos descompuestos, que hacen daños aún en situaciones donde existe una clara y funcional regulación, no podemos seguir haci-

endo oídos sordos a aquellas situaciones donde no existe regulación alguna. Si como afirma su postura "...los seres humanos, los animales y la naturaleza merecen consideración moral, aunque de distinto rango", sería suficiente, al menos para mí, si se regulara la responsabilidad que tenemos los animales humanos sobre aquellos que no lo son, de otra manera, seguiremos siendo cómplices de aquellos que se consideran dueños absolutos de este planeta y de las vidas que en él existen, como también tendremos que asumir las consecuencias de dichos actos, toda vez que sigamos permitiendo actos de crueldad que eventualmente pudieran revertirse.

Ahora bien, observándolo de una forma positiva, el derivar los derechos de los animales de los de los seres humanos podría ser el principio de la fundación legal de una protección.

Si consideramos este argumento "Tratar a un animal de un modo cruel es moralmente reprobable, pero no sólo en razón del daño que afecta al objeto de la acción cruel (el animal), sino que en razón de las consecuencias dañinas que la acción cruel produce en su causante". Esto implica que el acto de respetar a los animales conlleva al mismo tiempo un respeto para el propio ser humano, el cual pone en evidencia su moralidad a partir de esta relación. Se entiende como el argumento de aquel que trata de forma cruel a los animales lo más seguro es que también lo reproducirá con los humanos.

Finalmente como dice la profesora Arias ¹. Aunque no se puede afirmar categóricamente que los animales sean entidades morales por sí mismos, tampoco podemos justificar que en un mundo aparentemente saturado de razón, el ser humano proyecte su calidad moral y su nulo progreso maltrando a los animales y sometiéndolos a innumerables vejaciones, recordemos que de alguna forma, la conducta mantenida hacia los animales, para bien o para mal, describe en mucho el nivel del progreso moral de las sociedades contemporáneas.

PROBLEMAS CON LOS ANIMALES

Los problemas que tienen que ver con la relación entre el animal humano y el no humano son muy variados ⁴. Parte del enredo consiste en no distinguir en forma nítida los distintos planos, y a menudo buscamos soluciones morales para lo que en realidad requiere una solución jurídica

o incluso política. Me resulta claro que debemos hacer un esfuerzo por hacer planteamientos que apunten a soluciones concretas o por lo menos a tomas de posición clara. Circunstancia al parecer difícil de lograr por lo visto hasta ahora. Sin embargo, si queremos llegar a alguna parte en este tema, es importante distinguir entre los problemas relacionados con los animales no humanos, los problemas de carácter social de aquellos de carácter moral. Es decir, hay problemas que tienen que ver con los animales y con el uso que de ellos como sociedad hacemos, problemas que exigen, si efectivamente son problemas (cosa que todavía hay que demostrar), de una solución gubernamental y jurídica. Tal es el caso con el uso de los animales para realizar con ellos experimentos en laboratorios. Prácticas humanas como esa se pueden regular formalmente, elaborando códigos de conducta con carácter de ley y hacerla valer, circunstancia que actualmente se hace, pero como muchas otras leyes o normas en nuestro país, están bien escritas pero nadie parece ocuparse de hacerlas cumplir o de verificar al menos se lleven a efecto con los criterios mínimos necesarios que dichos documentos manejan.

Pero hay otra clase de problemas que tienen que ver con la relación entre un individuo y un animal o una clase de animales. Hay un sentido en el que un estudiante de biología o de veterinaria sencillamente no puede eludir hacer una vivisección: si quiere cursar una materia o pasar un examen, tendrá que tomar parte en ciertas actividades como parte del *curriculum*. No obstante, por muy obligada que esté esa persona a realizar alguna actividad penosa o dolorosa con un animal por razones de estudio o de trabajo, ciertamente no está obligada a atropellar perros, a cazar gatos, a matar hormigas o a poner trampas para lobos. Que haga cosas como esas o no es algo que depende única y exclusivamente de ella, de su concepción de la vida, de su autoimagen, etc. Aunque también en la primera clase de problemas prácticos relacionados con los animales se infiltra la dimensión moral del individuo, en el sentido, por ejemplo, de que se puede ser pulcro o sádico en el tratamiento de un animal en el laboratorio, en el segundo caso el plano es estrictamente moral.

Un dato imposible de ignorar es que el sistema capitalista, el sistema de producción de mercancías, cosifica a los animales, como lo hace con las personas, y los convierte en vulgares objetos de compra y venta, en cosas vivientes. En ese sistema, los animales están condenados *a priori*. En el marco del violento, del brutal sistema capitalista sólo

pueden sobrevivir los seres susceptibles de defenderse y de derrotar a los imperialistas. Así pasó con los indígenas, con los negros, con las mujeres y con los niños. Desde este punto de vista, los animales están pura y simplemente perdidos. Ellos mismos no pueden hacer frente al HOMBRE. Así contemplados, la única vía posible de salvación para los animales tiene que provenir de los hombres mismos, esto es, de humanos que se erijan en abogados y defensores de esos seres vivos desprotegidos.

Otro punto importante es que hay otro factor decisivo y que opera en contra del bienestar de los animales, un factor que de hecho es un componente esencial del sistema capitalista, esto es, la ciencia. La medicina actual, por ejemplo, simplemente no se entiende sin el sacrificio de millones de animales. Estas son modalidades de ser de los humanos que exigen para su materialización del sacrificio, en las más diversas circunstancias y de los más diversos modos, de los animales del planeta. Son factores adversos para los animales prácticamente imposibles de remover.

Aunque prácticamente la situación para los animales es desesperada, lógicamente es si no superable por completo sí modificable drásticamente. No tiene mayor sentido pedir que la humanidad se convierta en vegetariana y postular eso como una condición para el bienestar de los animales es convertir la causa de los animales en una causa perdida. Sin embargo, que las terneras, los pollos, los cerdos etc., tengan que vivir en situaciones dantescas, auténticos campos de concentración, infiernos en cuya existencia creemos sólo porque nos hemos topado con los documentos, escritos o visuales, que no dejan lugar de que son reales. Pudiera ser que el destino de todos los cerdos del mundo sea el de terminar en los platos de los comensales, pero ciertamente es perfectamente imaginable una vida animal menos brutalizada, menos horrorosa y, podríamos agregar, menos absurda.

No olvidemos en este punto, los antes denominados problemas morales relacionados con los animales. Un rasgo decisivo de estas situaciones prácticas es que en ellas el individuo ciertamente ejerce su libertad, en el sentido de que sus acciones son acciones voluntarias. El sujeto decide si ir o no ir a la corrida de toros, a la pelea de perros, al palenque o al hipódromo; él decide si le da de comer a su perro o no, si lo patea o no, si le grita o no, lo encadena o no. En este otro contexto, todo lo que haga será el resultado de una decisión personal. Y aquí tenemos que conectar esto que estamos diciendo con algo que ya mencionado previamente: si el sujeto no siente ningún

cargo de conciencia, si no se conmueve ante un balido o un chillido, si lo deja indiferente el sufrimiento de un animal o se deleita aplastando hormigas porque nunca le enseñaron en su casa a respetar a los animales ¿en dónde está, en qué radica el problema con los animales? En caso de ceguera moral, simplemente no hay problema alguno.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DEL ANIMAL

El problema para los animales es, primero, que por un lado están subordinados totalmente a los humanos y, segundo, que su "calidad de vida" depende por completo de la calidad moral de los humanos, de sus poseedores.

Lo difícil entonces es entender que problema plantean en principio los animales. Por ejemplo, si los animales tuvieran derechos, jurídicos y morales, que nosotros los animales humanos supiéramos que los tienen y, no obstante, no se los respetáramos, entonces claramente estaríamos cometiendo violaciones a los derechos animales. Estaríamos de entrada del lado equivocado, puesto que seríamos claramente culpables, inclusive si no hubiera nadie que nos castigara. Lo que no DEBE pasar es que alguien o algo tengan derechos y no se les respete, como hoy por hoy sigue sucediendo con los animales.

La Declaración Universal de los Derechos del Animal, acuñada en Londres, el 23 de septiembre de 1977, adoptada por Ligas Nacionales afiliadas en la Tercera reunión sobre los derechos del animal, celebrada en Londres del 21 al 23 de septiembre de 1977. Proclamada el 15 de octubre de 1978 por la Liga Internacional, las Ligas Nacionales y las personas físicas que se asocian a ellas. Aprobada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y posteriormente por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Considera que todo animal posee derechos, que el desconocimiento y desprecio de dichos derechos han conducido y siguen conduciendo al hombre a cometer crímenes contra la naturaleza y contra los animales, que el reconocimiento por parte de la especie humana de los derechos a la existencia de las otras especies de animales constituye el fundamento de la coexistencia de las especies en el mundo, que el hombre comete genocidio y existe la amenaza de que siga cometiéndolo, que el respeto hacia los animales por el hombre está ligado al respeto de los hombres entre ellos mismos, y considera además que la educación debe enseñar, desde la infancia, a observar, comprender, respetar y amar a los animales. ¿Qué parte no entendimos entonces para seguir

cometiendo todos los improperios que se cometen día a día con las diferentes especies? Por desgracia la letra es muerta, si no se acompaña de sanciones, porque la cuestión de educación es ahora que empieza a ser reconocida y aceptada.

REIVINDICACIONES PRO-ANIMALES

Si bien es cierto que no resuelve el problema, el primer paso para siquiera avanzar en la solución, consiste en tener una idea clara acerca de lo que es adquirir derechos y tener o gozar de derechos.

Los derechos son prerrogativas de los seres humanos. Ahora bien, es evidente que sea o quién pase por ser humano es algo que está históricamente condicionado. Desde luego que el concepto de derecho no quedó desde el inicio vinculado al concepto de miembro de nuestra especie, puesto que no fue sino hasta finales del siglo XIX que Inglaterra, el último país en hacerlo, rechazó formalmente la esclavitud. O sea, hasta hace más o menos siglo y medio, millones de personas pensaban que la mitad de la población no tenía derechos. Con esa concepción vivían y de ella abiertamente se beneficiaban. Fue sólo a través de un penoso, doloroso, cruento proceso que los indígenas, los negros, las mujeres, etc., fueron adquiriendo el status de seres humanos, en el sentido de nuestra estipulación, es decir, seres con derechos. Sería ingenuo pensar que en la actualidad todos los miembros de nuestra especie tienen los mismos derechos, o por lo menos los mismos derechos fundamentales. El mejor ejemplo de que ello no es el caso es Israel, en donde los palestinos sencillamente no son considerados individuos con derechos o con los mismos derechos que los israelíes. No hay más que echarle un vistazo a las leyes de propiedad, de agua, laborales, etc., para dejar eso en claro. En todo caso, la idea es que un derecho es una prerrogativa de un individuo que se puede hacer valer, esto es, que quien no lo respete es susceptible de ser sancionado.

¿Cuál es la condición fundamental para que el ámbito del derecho se expandiera de manera que abarcara a más seres de los que en principio cubría? La respuesta es obvia: la fuerza, la capacidad de rebelión, la posibilidad de triunfar frente a una situación de opresión, si bien la lucha por la emancipación o, lo que es lo mismo, por la adquisición de derechos puede llevar siglos y puede tener que requerir el concurso de muchísimas fuerzas para lograrlo. Otra condición que parece indispensable es que desde el interior del grupo dominante se alcen voces, se

proteste en contra de un status quo que a algunos nos resulta sencillamente inaceptable.

Existe un sentido obvio en el que los animales están en una muchísimo peor situación, puesto que ellos ni siquiera en principio son susceptibles de triunfar en una rebelión. No hay especie animal sobre la tierra capaz de derrotar a la especie humana, por más que Hollywood se empeñe de mostrarnos lo contrario con sus múltiples películas de ficción. Desde este punto de vista, la situación de los animales es mucho peor que la de los gladiadores, los aztecas, los apaches, los negros o las mujeres. A diferencia de lo que ha sucedido y sucede con diversos grupos de nuestra especie, el único factor de cambio para beneficio de los afectados, esto es, de los animales, puede provenir de sus potenciales abogados humanos.

Si bien es cierto, que es un hecho de que hay un clamor más o menos universal en favor de los animales. Hay ya en muchas partes del mundo, quizá de todos modos no en las suficientes ni lo suficientemente contundentes, en las que se protesta abiertamente en contra del trato BESTIAL al que se somete a los animales.

CONCLUSIÓN

Me queda claro que las implicaciones que conlleva el hecho de cómo sea posible resolver los conflictos de derechos cuando estos surjan entre seres capaces de experimentar una vida, como dice Adela Cortina ², no tenga hasta el momento una propuesta con un criterio válido para resolver los conflictos de derechos, y que la misma sea inviable en la práctica. Sin embargo Cortina también afirma que "...los seres humanos, los animales y la naturaleza merecen consideración moral", el rango pueda que deba ser distinto, el problema se presenta porque hoy por hoy, dicha consideración no existe.

El valor que la profesora Cortina otorga a los animales no humanos, no existe, al menos para una gran mayoría de ellos. Y si bien es cierto que no todos los animales humanos, que lastiman, torturan o simplemente no son capaces de sentir compasión por su vulnerabilidad, evolucionan según el término acuñado por la Psiquiatría hasta convertirse en psicópatas, lo cierto es que todos los animales humanos debutan como psicópatas dañando a los animales no humanos, eso nos convierte en una sociedad enferma como mínimo.

Coincido también, en que parte del enredo consista en no distinguir en forma nítida los distintos planos, y a menudo buscamos soluciones morales para lo que en realidad requiere una solución jurídica o incluso política, y quizás sea, en este rubro donde este gran parte de la solución al problema planteado. Lo que no está prohibido por regulaciones jurídicas, luego entonces está permitido, peor aún, cuando esto no sea supervisado.

Y si bien es cierto como dice Singer, en su conclusión que hasta ahora ha extraído, y que indica que como especie somos capaces de una preocupación altruista por otros seres, la información incompleta o la falta de la misma, y más aún los intereses poderosos y un deseo egoísta o de protección como especie, de no conocer ciertos hechos perturbadores han limitado las ganancias obtenidas por el movimiento por los animales.

LITERATURA CITADA

- Arias-Abad, S.P. 2010. Animales no humanos: una reflexión sobre la entidad moral. En: www.revistatales.wordpress.com última consulta: 30 de diciembre de 2014.
- Torres, M. Cortina, A. 2011. Las Fronteras de la Persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos. *Dilemata* 2(5): 201-208.
- Singer, P. 1999. Liberación animal. En: www.slideshare.net/roberoliveros/liberacion-animal-peter-singer última consulta: 30 de diciembre de 2014.
- UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). 2014. Ética, Derechos y Animales. En: www.filosoficas.unam.mx/tomasini/ENSAYOS/Animal.pdf última consulta: 30 de diciembre de 2014.
- DUDA. 1977. Declaración universal de los derechos del animal. En: www.filosofia.org/cod/c1977ani.htm última consulta: 30 de diciembre de 2014.